

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Viktorie Mašková

**Kognitivně-behaviorální terapie  
v léčbě dětí s obsedantně-kompulzivní poruchou  
pohledem rodičů**

**Cognitive-behavioral therapy  
in the treatment of children with obsessive-compulsive disorder  
from the parents' point of view**

Praha 2020

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

## Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí této bakalářské práce PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D. za cenné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala. Mé poděkování patří také mé rodině a partnerovi, kteří mi byli po celou dobu psaní práce oporou.

## Prohlášení

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 27. 4. 2020*

.....  
*Viktorie Mašková*

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce je zaměřena na kognitivně-behaviorální terapii (KBT) v souvislosti s léčbou obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) u dětí a na jejich rodiče jakožto podstatné účastníky léčebného procesu. Literárně-přehledová část se vztahuje k OCD u dětské populace a zahrnuje stručný popis OCD a možnosti její léčby včetně výzkumů zabývajících se jejich efektivitou. Stěžejní část je věnována KBT, konkrétně jejímu průběhu, metodám a její možné podpoře či substituci. Následuje kapitola věnující se možnosti a důležitosti zapojení rodičů do procesu KBT a jejich pohledem na ni. Výzkumná část je koncipována formou návrhu. Jedná se o návrh kvalitativního výzkumu, který se zaměřuje na problematiku KBT u dětí s OCD z pohledu rodičů. Mimo to je zaměřen na další oblasti vztahující se k OCD u dítěte, v nichž by mohl poskytnout podstatné doplňující informace. Výzkum by mohl přispět k hlubšímu poznání problematiky OCD u dětí, poskytnout vhled do života rodin, ve kterých dítě s OCD žije, k zjištění, jak v běžné praxi KBT u dětí s OCD probíhá, ale hlavně k poznání toho, zda rodiče hodnotí KBT jako efektivní.

## **Klíčová slova**

obsedantně-kompulzivní porucha, kognitivně-behaviorální terapie, děti, rodiče, léčba

## **Abstract**

This bachelor thesis is focused on cognitive-behavioral therapy (CBT) in connection with the treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD) in children and their parents as essential participants in the treatment process. The literature review section is related to OCD in the pediatric population and includes a brief description of OCD and its treatment options, including research into their effectiveness. The pivotal part is devoted to CBT, specifically its course, methods and its possible support or substitution. The following chapter deals with the possibility and importance of parents' involvement in the process of CBT and their view of it. The research part is designed in the form of a proposal. It is a proposal of qualitative research, which focuses on the issue of CBT in children with OCD from the parents' point of view. In addition, it focuses on other areas related to OCD in a child where the research could provide substantial additional information. Research could contribute to a deeper understanding of OCD in children, to provide insight into the lives of families in which an OCD child lives, to find out how CBT in common practice of children with OCD proceeds, but mainly to see whether parents evaluate CBT as effective.

## **Keywords**

obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioral therapy, children, parents, treatment

## Obsah

Úvod .....	8
Literárně-přehledová část .....	11
1. Obsedantně-kompulzivní porucha u dětí .....	11
1.1 Diagnostika .....	12
2. Léčba OCD u dětí .....	14
2.1 Farmakoterapie .....	15
3. Kognitivně-behaviorální terapie u dětí s OCD .....	17
3.1 Průběh KBT .....	18
3.1.1 Faktory negativně ovlivňující průběh KBT .....	21
3.2 Techniky .....	22
3.3 Mindfulness jako doplňující technika.....	24
3.4 Podpora a substituce KBT .....	25
3.4.1 Využití moderních technologií .....	25
3.4.2 Pracovní sešity, knihy a další možnosti podpory.....	27
4. Rodiče dětí s OCD ve vztahu k léčbě .....	30
4.1 Rodiče v KBT .....	31
4.2 Jak mohou rodiče zvýšit efekt KBT .....	33
4.3 Pohled rodičů na KBT .....	36
Návrh výzkumného projektu .....	39
5. Cíle výzkumu a výzkumné otázky .....	39
6. Metody získávání dat.....	40
6.1 Otázky polostrukturovaného rozhovoru .....	41
7. Průběh výzkumu .....	43
8. Zpracování dat .....	43
9. Výzkumný soubor .....	44
10. Diskuse .....	45

Závěr.....	47
Seznam použité literatury .....	48
Seznam tabulek.....	55
Seznam zkratek.....	56
Příloha 1 – Cyklus OCD.....	I
Příloha 2 – Ukázka z pracovního sešitu pro děti .....	II
Příloha 3 – Záznamový arch.....	III

## Úvod

K zvolení tématu této bakalářské práce mě inspirovalo několik osobních zkušeností, jež jsem v rámci studia psychologie získala. První z nich bylo absolvování psychologické stáže v NÚDZ, kde jsem měla možnost setkat se v praxi s dospělými jedinci s diagnózou obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) během participace v kognitivně-behaviorální psychotherapeutické skupině. Dále to bylo osobní setkání a rozhovor s kompletní rodinou, ve které se dítě s OCD nachází. Poté stáž na oddělení dětské psychiatrie, kde jsem byla v kontaktu jak s dětskými pacienty, tak s dětskou klinickou psycholožkou, dětskou psychiatrickou a psychotherapeutkou zaměřující se na kognitivně-behaviorální terapii (KBT) s dětmi. Od všech jedinců, se kterými jsem se setkala a kterých se problematika OCD a KBT u dětí dotýká, jsem načerpala mnoho podnětů z praxe, které evokovaly můj zájem proniknout do dané problematiky hlouběji a shrnout poznatky, které by ocenili jak odborníci, tak rodiče dětí s OCD. Hlavním důvodem pro zvolení tématu této bakalářské práce byl značný nedostatek v češtině psané literatury, která se zabývá problematikou OCD u dětí, a ještě větší nedostatek v češtině psané literatury, která se přímo zabývá KBT u dětí s OCD. Stejně tak je v České republice oproti zahraničí nedostatek materiálů, které by mohly sloužit rodičům dětí i samotným dětem jako suportivní materiál a zdroj stručně a jednoduše podaných informací. Také je v ČR oproti některým jiným zemím nedostatek institucí, odborníků a programů, kde by rodiny, ve kterých se nachází dítě s OCD, mohly vyhledat pomoc či podporu. Rodiče si tak mnohdy nejsou jistí, jak k dítěti přistupovat, dostatečně nerozumějí tomu, co OCD je a také nevědí, co očekávat od KBT. Kognitivně-behaviorální terapeuti se v rámci výcviku věnují dětské populaci spíše okrajově, a tedy i oni mnohdy musejí informace o práci s dětmi dohledávat v odborné literatuře. Všechna tato fakta mi byla potvrzena odborníky i rodiči, s nimiž jsem problematiku konzultovala.

Cílem bakalářské práce je především zmapování, resp. rozbor problematiky KBT u dětí s OCD. Práce by měla s využitím odborné literatury předat ucelený přehled doporučeného postupu průběhu KBT v léčbě dětí s OCD s obohacením o výzkumy v dané oblasti a o klasické i moderní metody, které se v souvislosti s KBT používají. Jejím cílem je také soupis některých suportivních materiálů, které mohou jak rodiče, tak odborníci vyhledat. Také by měla zdůraznit podstatnou roli rodičů v léčbě dítěte a možnosti jejich zapojení do psychotherapeutického procesu. Informace obsažené v práci by měly být k užítu jak odborníkům, tak rodičům, kterých se toto specifické téma týká. Poznatky obsažené v této



práci by se také mohly stát podnětnými pro rozvoj péče o rodiny, v nichž se nachází dítě s OCD, v České republice.

Název této bakalářské práce shrnuje obsah kapitol, které jsou v ní obsaženy. První kapitola literárně-přehledové části je věnována stručnému vymezení toho, co OCD je a jaká jsou její specifika u dětí. Následuje kapitola věnující se možnostem léčby dětí s OCD, obohacená o výzkumy efektivity léčebných strategií, která zahrnuje podkapitulu věnující se farmakoterapii. Následuje stěžejní část, která je zaměřena přímo na KBT u dětí s OCD. Zahrnuje výsledky výzkumů na dané téma, doporučený průběh psychoterapie, užívané techniky a možné suportivní metody a materiály. Poslední kapitola je zaměřená na rodiče, jejichž role je v léčbě OCD u dítěte stěžejní. Kapitola se zabývá důležitostmi rodičů v KBT procesu, možnostmi jejich zapojení do KBT, nejdůležitějšími doporučenými postupy, kterými rodiče mohou efekt KBT podpořit, a pohledem rodičů na KBT.

Na literárně-přehledovou část navazuje výzkumná část, která je konstituována formou návrhu kvalitativního výzkumného šetření. Výzkumný soubor tvoří rodiče dětí s OCD. Cílem výzkumu je hlubší porozumění problematice KBT u dětí s OCD na základě vyjádření jejich rodičů se zaměřením na průběh a efekt KBT. Výzkum se zaměřuje okrajově na více oblastí souvisejících s danou problematikou proto, aby bylo možné zachytit širší souvislosti a aby tak dodal dostatek podnětů pro budoucí výzkum.

V celé práci se zaměřuji na děti ve věku 7–15 let, což kopíruje období, kdy dítě navštěvuje základní školu, případně nižší gymnázium. Jedná se tedy o vývojové období, které lze nazvat školní věk (Vágnerová, 2012). Širší věkové rozhraní jsem zvolila hlavně z důvodu specifčnosti tématu a jeho nedostatečného prozkoumání. Jak se dítě postupně vyvíjí, vyvíjí se s ním i OCD, která má u každého dítěte jinou podobu. Také není neobvyklé, že se OCD zhoršuje v souvislosti s náročným životním obdobím a po jeho skončení přejde do méně závažnější podoby. Odborná literatura a výzkumy na danou oblast dětí dle věku většinou nediferencují, jelikož lze jen stěží specifikovat, jak OCD v konkrétním věku vypadá. Důvodem zvolení širšího věkového rozhraní je také to, že je pak snadnější získat pro výzkum více respondentů. Spodní hranici 7 let jsem zvolila proto, že diagnostika OCD u mladších dětí nebývá běžná, a také proto, že tuto spodní hranici pro výběr respondentů volí většina výzkumníků v rámci studií vztahujících se k tématu této bakalářské práce. Horní hranici 15 let jsem zvolila proto, že děti ve věku 16 a 17 let ve většině z odborných textů bývají považovány za dospívající a tudíž je spolupráce s nimi více podobná spolupráci

s dospělými, což už by se vzdalovalo od zaměření této práce. Malá (2000) zmiňuje dva vrcholy, kdy se začínají projevovat příznaky OCD. Jsou jimi 12–14 a 20–22 let. Věkovou hranici 15 let volím tedy i proto, abych ve věkovém intervalu postihla jedno z těchto období. Do této práce jsem tedy vybírala pouze takové poznatky a výzkumy, které se vždy vztahují k dětem, jež se nacházejí ve výše zmíněném věkovém intervalu 7–15 let.

V práci zmiňuji, že KBT může být u dětí s OCD úspěšně realizována i ve formě skupinové psychoterapie. Vzhledem k tomu, že jsem ke skupinové KBT s dětmi s OCD nedohledala dostatek informací a výzkumů, zaměřuji se v této práci pouze na individuální a částečně rodinnou formu KBT.

Poznatky jsem čerpala z odborné, převážně zahraniční literatury. Využila jsem jak odborné knihy, tak elektronické články. V práci je citováno podle normy APA (2010).

# Literárně-přehledová část

## 1. Obsedantně-kompulzivní porucha u dětí

Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) je v rámci MKN-10 zařazena pod kódem F42 do sekce F4, tedy mezi neurotické, stresové a somatoformní poruchy (World Health Organization [WHO], 2015). V rámci DSM-5 byla separována od úzkostných poruch, pod které spadala v DSM-IV, a byla zařazena do nové kategorie s názvem „Obsessive-Compulsive and Related Disorders“ – do češtiny přeloženo jako „Obsedantně-kompulzivní a související poruchy“ (Greenberg & Geller, 2019). Jak je z názvu patrné, vyznačuje se obsesemi a kompulzemi. Obsesemi rozumíme vtíravé, nutkavé, opakující se myšlenky vyvolávající nepříjemné pocity, úzkost, ohrožení. Mohou být spuštěny celou řadou podnětů neboli spouštěčů (Praško & Prašková, 2008). Kompulze jsou opakující se jednání konané dle určitých pravidel, ve většině případů uvědomovaně. Jsou navázané na obsese, jelikož snižují obsesemi zapříčiněné pocity bezmoci, strachu a úzkosti. Stav klidu trvá pouze určitou dobu, dokud se obsese znovu nedostaví. Mnohdy se jedinec s OCD za vykonávání kompulzí stydí, přesto se však nedokáže danému jednání vyhnout (Praško, Pašková, Prašková, Šlepecký, & Záleský, 2003). Příloha 1 graficky znázorňuje cyklický průběh, „bludný kruh“, ve kterém se jedinec s OCD pohybuje.

Obsah obsesí a projev kompulzí je u každého dítěte individuální. Často se však objevují obsese zahrnující smrt vlastní či smrt rodičů, obavu z nákazy, obavu z neúspěchu ve škole či strašidelné příběhy. Kompulze se mohou projevovat zdlouhavými rituály v oblasti hygieny, rovnáním předmětů, hraním stereotypních her (Kocourková, 2006), počítáním číselných řad, opakovaným kontrolováním různých věcí apod. (Malá, 2000). K OCD bývají mnohdy přidružené komorbidity. Nejčastějšími jsou ADHD, PAS, Tourettův syndrom, deprese a úzkostné poruchy. Odhad prevalence komorbidit u dětských pacientů s OCD se v rámci studií liší. Většina z nich však odhaduje, že pouze 1 ze 4 až 5 pacientů má OCD bez komorbidit (Ivarsson & Weidle, 2019). K OCD se často vážou také problémy se spánkem (Chansky, 2000) či se stravováním (Fitzgibbons & Pedrick, 2003).

V dětství je nástup OCD typický mezi 7,5 a 12,5 lety. Průměrný věk identifikace nemoci je však mezi 12 a 15,2 lety. Početně převažují chlapci nad dívkami v poměru 3:2 (Geller et al., 1998). Prevalence je odhadována na 1–3 % (Walidza et al., 2011).

Vznik poruchy je pravděpodobně multifaktoriálně podmíněn (Hudak, 2011). Malá (2000) píše, že ve 2/3 případů má organický podklad. Jako příčina těžké OCD bývá uváděno porodní trauma, toxické a infekční procesy CNS, úrazy hlavy apod. Jirků (2018) píše, že vliv může mít i dědičnost, styl výchovy a schopnost práce se stresem.

U dětí může mít obsedantně-kompulzivní jednání původ také v PANDAS, což je zkratka pediatrické autoimunitní neuropsychické poruchy spojené se streptokokem. Předpokládá se tedy, že je určitý typ OCD způsoben streptokokovou infekcí. Jak píší Sigra, Hesselmark, a Bejerot (2018), jedná se o subtyp OCD s velmi akutním nástupem a spontánním ústupem. Macerollo a Martino (2013) však píší, že studie snažící se identifikovat rysy, které by odlišily PANDAS od běžné OCD, nejsou z důvodu limitované metodologie přesvědčivé. Proto je třeba v této oblasti dalších výzkumů.

## **1.1 Diagnostika**

OCD u dětí bývá diagnostikována v průměru 30 měsíců po jejím nástupu (Geller et al., 1998). Jedním z častých důvodů toho, proč k diagnostice dochází po delší době, je problematická detekce OCD u dítěte jeho blízkým okolím nebo jím samým. Děti mnohdy nejsou s to své obsese vyjádřit nebo o problému nechtějí hovořit. Typickou odpovědí na otázku, proč dělají to, co dělají, je: „Já nevím, já to prostě musím udělat.“ Podrážděnost, agrese, zhoršení prospěchu ve škole může být zpočátku namísto OCD dáváno za vinu lenosti, opozičnímu chování atd. To může zapříčinit, že návštěva odborníka, a tedy i diagnostika OCD, je odkládána (Wagner, 2011).

V dnešní době je běžné, že si lidé na internetu vyhledávají diagnózu na základě sebeposouzení symptomů již před tím, než navštíví kvalifikovaného odborníka (Robertson, Polonsky, & McQuilken). A také, dle evidencí, 35 % příbuzných prvního stupně má OCD také, což znamená, že ve 35 % případů má v rodině OCD jak dítě, tak rodič (Praško & Prašková, 2008). Je tedy pravděpodobné, že mnoho rodičů přichází k odborníkovi již s určitou domněnkou o diagnóze OCD u svého dítěte.

Základními zdroji informací při vyšetření dítěte jsou rozhovor s dítětem, rozhovor s rodiči (případně jinými důležitými dospělými osobami), pozorování dítěte a jeho testové vyšetření (Ronenová, 2000). Malá (2000, pp. 231-232) shrnuje čtyři kritéria, která jsou v rámci diagnostiky OCD u dítěte posuzována a která jsou zmíněna v tabulce níže.

1.	Přítomnost vtírajících se, nutkavých představ, fantazií, myšlenek (obsesí, ruminací) nebo impulzů, aktů (kompulzí, rituálů)
2.	Pocity, že tyto impulzy, myšlenky i akty nejsou vlastní, ale jsou vynuceny poruchou
3.	Přání kompulze potlačit s pocity velkého vnitřního napětí, že to nejde
4.	Zhoršení školního výkonu a vztahů s vrstevníky

Tabulka 1 – Diagnostická kritéria (Malá, 2000)

K měření obsedantních a kompulzivních symptomů u dětí se užívá dotazník CY-BOCS (Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale). Informace bývají získávány klinickým pracovníkem formou semistrukturovaného rozhovoru s dítětem i rodičem/rodiči. Předtím by však mělo proběhnout důkladné vysvětlení toho, co vlastně obsese a kompulze jsou, včetně uvedení příkladů. Dotazník může být užíván opakovaně za účelem zjištění pokroku dítěte (March & Mulle, 1998). Validita i reliabilita první verze dotazníku byla v rámci studií ověřena (Scahill et al., 1997), stejně tak jeho druhá edice (Storch et al., 2018). Jako další nástroj pro posouzení stavu dítěte je v odborné literatuře frekventovaně zmiňován Leyton Obsessional Inventory – Child Version (March & Mulle, 1998). Dle výsledků výzkumu na americké dětské populaci však není tento dotazník pro screening a posouzení symptomů dětí s OCD vhodný (Storch et al., 2011). Existují i další nástroje, které slouží k evaluaci symptomů. Nebyly však dostatečně testované, případně u nich nebyla prokázána validita. Jsou to například Children's Florida Obsessive Compulsive Inventory, Children's Obsessive-Compulsive Inventory – Revised, Obsessive-Compulsive Inventory – Child Version, atd. (Lewin, 2019). Žádný z výše zmíněných dotazníků jsem bohužel nedohledala v českém jazyce. Stejně tak jsem nedohledala český výzkum, který by s některými z dotazníků pracoval. Tudíž předpokládám, že výše zmíněné dotazníky jsou užívány klinickými pracovníky především v zahraničí.

## 2. Léčba OCD u dětí

Obecně doporučovaná a vysokou efektivitu vykazující je kombinovaná léčba zahrnující farmakoterapii a kognitivně-behaviorální terapii (KBT). Efektivita KBT a medikace v léčbě dětí s OCD byla zkoumána hned v několika studiích. The Pediatric OCD Treatment Study Team (2014) publikoval výsledky výzkumu, v rámci kterého zjišťoval efektivitu KBT, medikace – sertalinu, kombinace KBT a sertalinu a placebo. Bylo zjištěno, že nejvyšší efektivitu vykazuje kombinace KBT a sertalinu, tedy výše zmíněná kombinovaná léčba. Abramowitz, Whiteside, a Deacon (2005) s užitím metaanalýzy porovnávali účinnost farmakoterapie a KBT. Oba typy terapie byly účinné v redukci symptomů, KBT však vykazovala účinnost vyšší. Öst, Riise, Wergeland, Hansen, a Kvale (2016) zahrnuli do své metaanalýzy všechny v té době existující randomizované kontrolované studie, které se zaměřovaly na účinnost KBT a farmak a které užily k měření symptomů dotazník CY-BOCS. Nejvyšší a téměř stejně vysokou efektivitu prokazovaly samostatná KBT a kombinovaná léčba. Jejich efektivita byla signifikantně vyšší než u samostatné farmakoterapie. Výsledky výše zmíněných výzkumů tedy potvrzují, že kombinovaná léčba a samostatná KBT vykazují vyšší účinnost než samotná farmakoterapie a tedy i podporují fakt, že KBT zaujímá podstatnou roli v procesu léčby dítěte s OCD.

Existuje mnoho faktorů, které mohou ovlivňovat průběh a výsledek léčby. Například bylo zjištěno, že efekt KBT je tím vyšší, čím závažnější symptomy jedinec vykazuje. Efekt byl však opačný u farmakoterapie a kombinované léčby. Avšak autoři upozorňují na to, že studie, ze kterých v rámci metaanalýzy čerpali, nebyly dostatečně rozsáhlé (Öst et al., 2016). V rámci další vědecké studie bylo zjištěno, že efekt KBT byl vyšší u pacientů, u kterých se souběžně s OCD vyskytovala úzkostná nebo tiková porucha, a že redukce symptomů je přímo úměrná počtu psychoterapeutických sezení (McGuire et al., 2015). Jako moderující faktor farmakoterapie, KBT i kombinované léčby je zmiňována rodinná historie OCD, která negativně ovlivňuje efekt léčby. Ve všech typech léčby lépe prosperovali jedinci s méně závažnou formou OCD a větším vzhledem do problematiky OCD. Lépe prosperovaly děti, jejichž rodiče se nepřizpůsobovali požadavkům, které na ně dítě v závislosti na jeho OCD kladlo (Garcia et al., 2010). Další studie se zabývala charakteristikami, které vykazují jedinci, již jsou rezistentní vůči kombinované léčbě. Byly to děti se závažnějšími symptomy a děti mající rodiče vykazující vyšší úroveň stresu (Storch et al., 2008). Na úspěšnost KBT a kombinované léčby nemá vliv pohlaví, věk ani socioekonomický status (Caporino & Storch, 2016).

Doplňkem KBT a farmakoterapie může být systemická rodinná terapie, která na onemocnění pohlíží odlišným způsobem. V odborné literatuře však bývá zmiňována spíše okrajově. Snaží se přijít na to, jaký význam má onemocnění v rodinném systému. Onemocnění dítěte může zrcadlit problematické rodinné vztahy. Hádky či tlak vyvíjený na dítě mohou způsobit to, že dítě „uteče“ do nemoci, čímž způsobí změnu v rodinném fungování a přesměruje pozornost k tématu nemoci. „Útěk“ do nemoci může být také reakcí na rozchod/rozvod rodičů, kdy řešení obtíží dítěte má rodiče nutit k vzájemné komunikaci. Nebo se dítě může snažit „útěkem“ do nemoci zvýšit pozornost rodičů k němu samému (Jirků, 2018).

Jiné metody nejsou v souvislosti s léčbou OCD u dětí v odborné literatuře téměř zmiňovány ani zkoumány v rámci výzkumů.

## **2.1 Farmakoterapie**

V léčbě OCD u dětí prokázala svou účinnost především antidepressiva, která ovlivňují serotoninový systém. Jako účinné a dobře prostudované léky řadící se do skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) jsou popsány Sertalin a Fluvoxamin. Jejich účinek je sice nižší, ale zato způsobují vedlejší účinky pouze v malé míře (Jirků, 2018). Sertalin je možné podávat dětem již od šesti let, Fluvoxamin od osmi (Malá, 2000). Některé zdroje zmiňují jako účinný lék Klomipramin (Malá, Růžicka, & Šoltésová, 2002). Vykazuje sice vysokou účinnost, ale zapříčiňuje mnoho nežádoucích účinků, jako například retence moči, sucho v ústech a přibírání na váze (Malá, 2000). Není neobvyklé, že se u dětí s OCD vyskytují agresivní projevy, agitovanost, nesoustředěnost. Možným vysvětlením je, že jsou tyto projevy způsobené zvýšenou dopaminergní aktivitou. V tomto případě se běžně podává lék Tiapridal, který působení nadbytku dopaminu zabraňuje (Malá, 2000). Za zajímavé považuji výsledky studie, v rámci které bylo zjištěno, že děti s OCD mají mimo jiné oproti běžné populaci v krvi signifikantně nižší hladinu vitaminu B12 a D (Esnafoğlu & Yaman, 2017).

Relativně novým polem výzkumu je užívání DCS (d-cykloserinu) jako podpora KBT. DCS je všeobecně známý jako antibiotikum užívané k léčbě tuberkulózy (Hofmann, Otto, Pollack, & Smits, 2014). V poslední době je však zkoumán v souvislosti s duševními poruchami, jelikož by mohl mít vliv na rychlejší „extinction learning“ neboli snížení odezvy na daný stimul. V souvislosti s OCD u dětí byl efekt DCS v KBT zkoumán pouze v rámci čtyř studií. Dvě z nich vykazovaly výsledky vzbuzující naději, že by tento lék mohl zvýšit

efektivitu léčby. Další dvě však hovoří v jeho neprospěch. Výsledky metaanalýz a dalších výzkumů zabývajících se efektem DCS v léčbě úzkostných poruch, PTSD a OCD u dospělých pacientů jsou též velmi sporné, tudíž nelze prozatím vyvozovat závěry o jeho ne/účinnosti v dané oblasti (Schneider & Storch, 2019).



### 3. Kognitivně-behaviorální terapie u dětí s OCD

KBT je jedním z mnoha psychoterapeutických směrů. Klade důraz na užívání vědeckých postupů a zkoumání efektivity. Dle vědeckých studií prokazuje svou účinnost v léčbě mnoha psychických poruch, včetně OCD. Mezi rysy KBT patří: krátkost, časová vymezenost, strukturovanost, zaměřenost na konkrétní problémy, aktivní vztah mezi klientem a psychoterapeutem, důraz na faktory udržující problém, snaha dosáhnout konkrétního cíle, zaměřenost na přítomné problémy a konkrétní změny v životě. Vychází z ucelené teorie vzniku a udržování psychických poruch a jejím cílem je samostatnost klienta (Praško & Možný, 2010).

Kognitivně-behaviorální model OCD je složen z behaviorálního a kognitivního modelu. Behaviorální model vysvětluje OCD z hlediska teorie učení. Obsese považuje za podmíněné reflexy, kdy původně neutrální podnět je spojen s podnětem vyvolávajícím úzkost, čímž dojde k rozvoji úzkosti i po původně neutrálním podnětu. K redukci úzkosti dochází kompulzemi. Jedinec kompulze opakuje proto, aby negativním pocitům předcházel. Kompulze jsou tedy na rozdíl od obsesí volní, úmyslné. Kognitivní model zdůrazňuje dysfunkční kognitivní schémata, která se u OCD vyskytují. Tato schémata vznikají nejspíše v dětství před rozvojem OCD vlivem rodinné výchovy a běžně se týkají kontroly, odpovědnosti, potřeby pravidel a jistoty (Praško & Prašková, 2007). K tomu, aby byl klient schopen samostatně zvládat životní situace, využívá KBT nácvikové metody založené na principu opakování, učení a tréninku (Jirků, 2018).

KBT s dětmi se od terapie s dospělými v mnoha ohledech liší. Je nutné brát v potaz věk dítěte i jeho rodinnou situaci a tomu přizpůsobit průběh psychoterapie a způsob komunikace. U mladších, hlavně předškolních dětí je základním komunikačním prostředkem hra. Dítě ve školním věku je již schopno produktivně spolupracovat a komunikovat s cizí osobou a je tedy možné zvolit verbální formu psychoterapie (Kocourková, 2000). Pro zlepšení vzájemné komunikace a pro naladění se na dítě je vhodné, aby psychoterapeut zpočátku orientoval komunikaci na zájmy dítěte a jeho každodenní zážitky. Pro zvýšení motivace a udržení pozornosti dítěte se doporučuje do psychoterapeutického procesu zahrnout například malování či jinou kreativní činnost (Ronenová, 2000). Psychoterapie s dětmi vyžaduje na rozdíl od psychoterapie s dospělými zapojení rodičů do terapeutického procesu. Komunikace s rodiči je nezbytná pro získání a ověření informací o dítěti, zjištění jejich pohledu na stav dítěte a získání informací o prostředí, ve kterém dítě vyrůstá (Kocourková, 2000).

Účinnost KBT v léčbě dětí s OCD byla kromě výzkumů zmíněných v druhé kapitole prokázána ve více než dvaceti studiích (Franklin, Katz, Riemann, & Budzyn, 2019). Například v rámci rozsáhlé longitudinální studie, která zahrnovala tři severské země. Efekt KBT se projevil již po sedmi týdnech terapie. Pokles symptomů byl po 14 týdnech 50% a na léčbu reagovalo přibližně 72 % respondentů, což v dané studii znamenalo 175 z 241 (Torp et al., 2015). Jak tvrdí Farrell, Schlup, a Boschen (2010), KBT u dětí s OCD neztrácí na své efektivitě ani při realizaci formou skupinové psychoterapie.

### **3.1 Průběh KBT**

KBT se vyznačuje přesně popsányými postupy a jasnou strukturou. Zahraniční autoři, kteří jsou odborníky na KBT u dětí s OCD, ve svých knihách shrnují doporučení, jak by KBT měla ideálně probíhat. V následujících řádcích jejich zásadní doporučení a poznatky k průběhu KBT s dětmi s OCD shrnuji.

Počet KBT sezení se většinou pohybuje v rozmezí 12–20. U některých dětí dochází ke zmírnění symptomů rychleji, a tudíž je 12 sezení dostačujících. U jiných dětí je pokrok pomalejší, a proto potřebují navštívit psychoterapeuta vícekrát. Délka jednotlivých sezení je doporučována na 50 až 60 minut. Tabulky 2 a 3 níže rámcově pro představu zobrazují, co by mělo být náplní jednotlivých sezení a jaký by měl být jejich přibližný časový harmonogram. Tabulky i podrobněji popsanou náplň jednotlivých sezení, jež zmiňuji níže, je třeba považovat spíše za orientační a pouze doporučované. V realitě do průběhu KBT může vstoupit řada proměnných. Každé dítě je jedinečné, stejně jako jeho rodinná situace, což může zapříčinit nutnost průběh KBT modifikovat (March & Mulle, 1998).

Návštěva	Cíle
1. sezení	Psychoedukace
2. sezení	Kognitivní trénink
3. sezení	Kognitivní trénink/mapování OCD
4. sezení	Další mapování
3. - 18. týden	Exposure and response prevention (ERP)
18. – 19. týden	Prevence relapsu
1., 7. a 12. sezení	Sezení s rodiči

Tabulka 2 – Náplň sezení (March & Mulle, 1998)

Obsah sezení	Čas
Přivítání dítěte a rodičů	5 minut
Kontrola domácího úkolu	5 minut
Procvičování úloh daného týdne	20 minut
Diskuze a domluva domácího úkolu	10 minut
Zhodnocení sezení a úkolů rodiči	10 minut

Tabulka 3 – Časový harmonogram (March & Mulle, 1998)

### První sezení

První sezení má spíše edukační charakter a mělo by zde být přítomno dítě i jeho rodiče. Dítěti i rodičům by mělo být vysvětleno, co OCD je a proč se KBT účastní. Psychoterapeut se snaží přiblížit dítěti a poznat, co má rádo a nerado. Obvyklým bodem prvního sezení bývá také pojmenování OCD jménem, které zvolí samo dítě, což usnadní vzájemnou komunikaci. Již na prvním sezení by měly být zmíněny domácí úkoly, které jsou nezbytnou součástí celého KBT procesu. Psychoterapeut by měl rodičům i dítěti vysvětlit, jakou roli tyto úkoly v psychoterapeutickém procesu hrají, proč je důležité jejich plnění, a jakým způsobem by jejich vypracovávání mělo probíhat. Jejich smyslem je umožnit dítěti pracovat samo na sobě mimo psychoterapeutická sezení, ale také jsou zdrojem informací pro psychoterapeuta. Většina z nich je zaměřena na techniku ERP, kterou více rozvádím v podkapitole 3.2 (March & Mulle, 1998). Na prvním sezení by měl psychoterapeut rodičům v ideálním případě přímo poskytnout materiály, které jim budou sloužit jako opora a zdroj informací, nebo je na ně odkázat.

## **Druhé, třetí a čtvrté sezení**

Druhé, třetí a čtvrté sezení jsou převážně mapující. Psychoterapeut pokládá zpočátku otázky obecné, postupně přistupuje k otázkám konkrétnějším (March & Mulle, 1998). Táže se způsobem úměrným věku dítěte na aktuální potíže a jejich vývoj, na spouštěče, popis obsesí a kompulzí, na emoce, tělesné příznaky, omezení v životě (Jirků, 2018). Psychoterapeut také zjišťuje, zda se dítěti někdy podařilo potlačit myšlenky bez provedení rituálu. OCD u dítěte by měla být zmapována i pohledem rodičů, aby jim mohl psychoterapeut poskytnout doporučení, jak k dítěti v určitých situacích přistupovat a aby získal informace i z jiného zdroje. Zmapování situace dítěte pomůže psychoterapeutovi získat představu o podobě OCD u dítěte a umožní mu to přibližně si rozvrhnout, jak bude probíhat následující spolupráce s dítětem a s jeho rodinou (March & Mulle, 1998).

Dále v této fázi procesu psychoterapeut vysvětlí dítěti škálu, na které bude v následující době hodnotit míru úzkosti a intenzitu symptomů (March & Mulle, 1998). To pomáhá dítěti vnímat svůj problém realističtěji a monitorovat své potíže (Ronenová, 2000). Pozornost je věnována také kognitivnímu tréninku, v rámci kterého dochází k procvičování kognitivních strategií, které pomáhají odolávat OCD, a tím ke zvýšení úspěšnosti ERP. Zaměřují se na zvýšení self-efficacy, předvídatelnost, sebekontrolu, povzbuzení apod. Důležitou součástí je také proces externalizace, kdy dochází k důslednému oddělení OCD od dítěte a rodiny (March & Mulle, 1998). K tomu často dochází s pomocí narativních technik.

Užitím narativních externalizačních technik se podrobně zabývali Banting a Lloyd (2017) v rámci případové studie desetiletého chlapce. Narace vypadala tak, že chlapec pojmenoval OCD jako „Silly Gremlin“, kterému byla v rámci sezení věnována největší pozornost. Popisoval, jak Gremlin vypadá, kde bydlí, kdy a jak ho obtěžuje v hlavě. Také ho kreslil. Narativní techniky umožnily chlapci o OCD mluvit pro něj příjemnějším způsobem.

## **Zbývající sezení**

Následující sezení jsou věnována hlavně ERP, což je technika, kterou podrobněji popisují v podkapitole 3.2. ERP by mělo být v KBT procesu věnováno nejvíce času a pozornosti (March & Mulle, 1998).

Závěrečná sezení jsou zaměřena na prevenci relapsu (March & Mulle, 1998). Prevence relapsu zahrnuje zvyšování sebevědomí dítěte, nácvik sociálních dovedností a nácvik řešení problémů, ideálně hravou formou. Existuje mnoho technik určených dětem, které jsou na

prevenci relapsu zaměřeny a které lze dohledat v odborné literatuře. Je to například technika s názvem „Deník“, kterou je možné využít například při práci na zvýšení sebevědomí dítěte. Spočívá v tom, že dítě má za úkol každý den napsat alespoň tři věci, které se mu v daný den podařily, ze kterých mělo radost, za které dostalo pochvalu, nebo může zaznamenat situace, v rámci kterých ono pomohlo někomu jinému. Dostačující jsou i drobnosti, jako například to, že uvařilo mamce čaj nebo půjčilo kamarádovi svou oblíbenou věc. Pro nácvik sociálních dovedností se může aplikovat technika „Hraní rolí“, kdy dítě hraje samo sebe v některé pro něj zátěžové situaci. Psychoterapeut pak dítěti předvede, jak jinak by danou situaci mohlo řešit. Následně vyzve dítě k zopakování daného jednání. Pomoci může i videonahrávka dítěte během zátěžové fiktivní situace, kterou se mu podařilo zvládnout. Následně je videozáznam analyzován. Psychoterapeut se zaměřuje výhradně na pozitivní prvky, které se dítěti povedly, a ty jsou dále posilovány a zpevňovány (Jirků, 2018).

Jedním ze závěrečných doporučení je, aby dítě po skončení psychoterapie dodržovalo léčebný režim a pravidelně se hýbalo (Jirků, 2018).

### **3.1.1 Faktory negativně ovlivňující průběh KBT**

Existuje mnoho proměnných, které mohou do psychoterapeutického procesu vstupovat a negativně ho ovlivňovat. Vliv mnoha z nich lze však za pomoci vhodných postupů minimalizovat. Jedním z častých problémů je nekomunikativnost dětí. Je zde zapotřebí aktivní role psychoterapeuta, který se snaží předávat dítěti informace a materiály srozumitelným způsobem a používat kreativní techniky, které dítěti komunikaci usnadňují. U dětí, které mají negativní vztah k plnění školních povinností, může docházet k neochotě plnit domácí úkoly zadané psychoterapeutem. Tyto úkoly jsou však nezbytnou součástí procesu. Psychoterapeut by měl s dítětem o domácích úkolech hovořit, zdůrazňovat jejich účel a předávat je tak, aby zvýšil motivaci dítěte k jejich plnění. Může například umožnit dítěti plnit úkoly přes počítač nebo s užitím diktafonu. KBT proces může též limitovat nedostatečná úroveň kognitivních a paměťových schopností dítěte. Velmi problematickým faktorem je dysfunkční rodina. Rodina a její soudržnost totiž hrají v psychoterapeutickém procesu s dětmi zásadní roli (Šlepecký, 2007). Průběh je také narušován, pokud dítě i rodina pravidelně nedocházejí na sezení, opakovaně je z nějakých důvodů ruší (Trapková, 2018). Průběh KBT může narušovat také negativní očekávání rodičů i dětí od psychoterapie, čemuž se konkrétněji věnuji v této práci později. Jak píše Fitzgibbons a Pedric (2003), může se stát, že dítě odmítá spolupracovat. Není neobvyklé, že se dítě raději nechává „pohltnout“ OCD, jelikož je to pro něho něco známého a „bezpečného“, na rozdíl od překonávání strachu

a úzkosti, které po něm psychoterapeut vyžaduje. Pokud není dítě ke své léčbě motivováno, nemůže psychoterapeutický proces probíhat kvalitně. V tomto případě je ideální zaměřit pozornost primárně na zvýšení motivace dítěte.

K narušování průběhu KBT nemusí dojít pouze ze strany dítěte a jeho rodičů. Nejčastějším důvodem selhání KBT v léčbě dítěte s OCD je nedostatečná odbornost psychoterapeuta v dané problematice. KBT též nepostupuje dobře, pokud psychoterapeut nevykazuje dostatek soucitu a trpělivosti. To má za následek, že se s ním dítě necítí bezpečně a jeho motivace ke spolupráci je snížena. Nezbytností v rámci ERP je, aby byl psychoterapeut schopen v případě potřeby překročit svou komfortní zónu. Což může některým psychoterapeutům činit potíže. ERP technika totiž vyžaduje, aby psychoterapeut v případě potřeby vykonal to, co po klientovi v rámci expozic požaduje, tudíž i dotyk neumyté podlahy apod. (March & Mulle, 1998). Stejně jako ze strany rodičů, i ze strany psychoterapeuta může docházet k rušení sezení, případně nemožnosti scházet se s rodinou pravidelně a s krátkými časovými intervaly mezi sezeními.

### **3.2 Techniky**

KBT přístup zahrnuje mnoho technik, které může psychoterapeut spolu s klientem využívat. V rámci této podkapitoly jsou zmíněny techniky, které jsou v odborné literatuře popisovány jako nejběžnější a nejefektivnější při práci s dítětem s OCD.

#### **Technika ERP**

Exposure and response prevention (ERP) lze v české literatuře dohledat pod názvem expozice a zábrana reakci/rituálu. ERP je považována za techniku první volby, jelikož vykazuje vysokou úspěšnost v redukci symptomů (Hezel & Simpson, 2019). Expozice v kontextu KBT znamená vystavení se podnětu vyvolávajícímu úzkost, tzv. spouštěči, po kterém má jedinec s OCD potřebu vykonat kompulzi. Podstatou této techniky je opakované vystavování klienta spouštěčům a zabránění provedení obvyklého rituálu, případně jeho oddálení či snížení intenzity. Klient se postupně naučí, že úzkost, která vznikla v rámci obsese, zmizí i bez provedení kompulze a nedojde k následkům, kterých se v rámci svých povětšinou iracionálních myšlenek obával (Jirků, 2018).

Nezbytným počátečním bodem je předat rodičům, případně dítěti, co nejvíce informací. Rodič se totiž stává důležitým asistentem v celém procesu. Prvním instinktem rodiče, který vidí trápící se dítě, je povolit mu zbavit se obsese provedením kompulze. Zde pak hrozí

riziko, že nemoc bude gradovat a dostávat se do extrémnějších forem. Proto je porozumění rodičů mechanismu ERP nezbytné (Moritz & Hoffman, 2012).

Před postupnou realizací ERP sestaví dítě s pomocí psychoterapeuta hierarchii úzkost vzbuzujících situací. Většinou se používá stupnice od 0 do 10, s tím, že situace mající ohodnocení 0 nezpůsobují úzkost a situace s hodnotou 10 vzbuzují úzkost nejvyšší. Expoziční situace mohou být uměle vytvořené, náhodné nebo představované. Psychoterapeut by měl dopředu naplánovat, jaká expozice je pro dítě v danou chvíli vhodná a jakou formou bude provedena. Přičemž bývá přihlédnuto k názoru či přání dítěte. V běžné praxi se začíná od podnětů s nejnižší hodnotou na škále a postupuje se k situacím s hodnotou 10. Expozice různým podnětům bývají také součástí domácích úkolů, které psychoterapeut dítěti zadává, aby docházelo k postupnému snižování úzkosti i mimo psychoterapeutická sezení (Franklin, Freeman, & March, 2019). Klíčovou roli zde hraje psychoterapeut a rodiče, kteří dodávají dítěti pocit bezpečí a podpory. Je důležité, aby byla tato technika s dítětem praktikována pravidelně a aby bylo za její zvládnutí odměňováno (Jirků, 2018).

Uvedu zde jeden stručný ilustrativní příklad naplánované ERP situace, který Franklin, Freeman, et al. (2019) v rámci své knihy zmiňují. Devítiletý Tommy trpí strachem z kontaminace, což je jedním z nejtypičtějších obsahů obsesí. Má strach dotknout se čehokoli, co jeho OCD označí za špinavé a nechutné. Psychoterapeut se Tommyho v rámci sezení zeptal, jaké věci v místnosti by měl problém se dotknout. Tommy si zvolil podlahu. Psychoterapeut ho pobídl, ať zvolí konkrétní místo na podlaze a následně mu nabídnul, zda se má dotknout podlahy před ním. Tommy si zvolil pro něj náročnější variantu, že se podlahy dotkne jako první sám. Následně se psychoterapeut Tommyho tázal na jeho pocity a na jakém stupni úzkosti se v dané chvíli nachází. Tommy odpověděl, že se cítí odporně a zvolil 7. nebo 8. stupeň škály. Následně psychoterapeut řekl, že společně nějakou dobu počkají a uvidí, co se stane. Mezitím si povídali a hráli hru s míčem, díky čemuž došlo k odvedení Tommyho pozornosti od obsesí. Asi po pěti minutách se ho psychoterapeut opět zeptal na pocity a na hodnotu úzkosti na škále. Tommy se cítil lépe a jeho subjektivně hodnocená úzkost klesla na hodnotu 2.

### **Další techniky**

ERP by měla být v praxi užívána nejvíce a vždy. K ní mohou být doplňovány techniky další. Užívanou technikou je například technika „Stop“, která spočívá v tom, že klient řekne nahlas a zřetelně „stop“ ihned, jakmile zaznamená nástup obsedantních myšlenek. Zpočátku

by slovo „stop“ mělo být přímo zakřičeno, aby došlo k odvedení pozornosti od obsedantních myšlenek (Fritscher, 2019). To může být podpořeno štípnutím do ruky nebo provedením nějakého jiného úkonu během vyslovování slova „stop“. Postupem času bude klient schopen zakřičet slovo pouze ve své mysli. Kromě techniky „Stop“ může k odvedení pozornosti dítěte sloužit představování si něčeho příjemného, poslech hudby, relaxace, malování či jiná aktivita, kterou má dítě rádo. Dalšími užívanými technikami jsou progresivní svalová relaxace, dýchací cvičení, kognitivní restrukturalizace či práce s katastrofickým scénářem (Jirků, 2018). Některé zdroje zmiňují techniku přesycení, imaginaci a habit reversal training (March & Mulle, 1998). Ty jsou však v literatuře zmiňovány v souvislosti s danou problematikou spíše povrchně.

### **3.3 Mindfulness jako doplňující technika**

Mindfulness lze definovat jako uvědomění si přítomného momentu bez hodnocení či očekávání. Zahrnuje vnímání toho, co se právě děje vně, ale i uvnitř člověka, všímavost k myšlenkám a pocitům. Obsedantní myšlenky odvádějí pozornost jedinců z přítomnosti do potenciálně nebezpečné budoucí situace (Hershfield & Nicely, 2017). Zařazení mindfulness technik u dětských pacientů jako rozšíření ERP je obecně doporučováno (Bergman & Rozenman, 2019), ačkoli se nejedná o tradiční KBT techniku. Mohou totiž jedincům s OCD pomoci obsedantní myšlenky rychleji rozpoznat, lépe je reflektovat a vrátit své myšlení zpět do přítomnosti bez vykonání rituálu – kompulze (Hershfield & Nicely, 2017).

Zatím nebylo zrealizováno mnoho výzkumů zjišťujících vliv mindfulness na psychiku dětí. Výsledky prozatímních studií však ukazují, že u dětí praktikujících mindfulness techniky dochází ke snížení úzkosti a hladiny stresových hormonů v těle, zvýšení wellbeingu a schopnosti udržet pozornost (Afzal, 2018). Studii, která by se zabývala konkrétně vlivem mindfulness na děti s OCD, jsem nedohledala. Avšak výsledky studií u dospělých jedinců s OCD hodnotí mindfulness jako efektivní strategii v redukci symptomů. Domnívám se tedy, že mindfulness techniky by mohly být pro mnoho dětí s OCD pomocným nástrojem pro zmírnění úzkosti a napětí v běžném životě.

Vzhledem k vysoké pravděpodobnosti toho, že psychoterapeut během KBT sezení nemá dostatek času na kvalitní vysvětlení mindfulness konceptu dítěti ani rodičům, začínají vznikat knihy, které jsou psány tak, aby měl přímo rodič možnost předat informace dítěti vhodným způsobem a aby mohl s dítětem techniky krok po kroku procvičovat. Například Afzal (2018) ve své knize „Mindfulness for children: help your child to be calm and content,



from breakfast till bedtime“ popisuje mindfulness techniky jednoduchou formou vhodnou pro děti a doplňuje je o ilustrace. Do knihy zahrnuje také fakta a výsledky výzkumů, aby byl pro rodiče, případně pro dítě, celý mindfulness koncept srozumitelný a věrohodný.

### **3.4 Podpora a substituce KBT**

Ve společnosti je všeobecně známo, že je v České republice nedostatek dětských klinických psychologů a dětských psychiatrů. Často udávaným důvodem bývá příliš dlouhé studium, které je zapotřebí k dosažení dané pracovní pozice. Nedohledala jsem ani mnoho psychoterapeutů, kteří by se věnovali KBT s dětmi. To může mít za následek potíže s nalezením odborníka, který je dostatečně kvalifikovaný a přijal by dítě s OCD do své péče.

Existuje mnoho případů, ve kterých nebyly děti s OCD vůbec do KBT přijaty. Prozatím však neexistuje mnoho studií, které by se zabývaly dostupností služeb dětem s OCD a důvody, proč jim v některých případech není dostatečná pomoc poskytována. Důvodem může být, jak jsem výše zmínila, nedostatek dětských klinických psychologů a kognitivně-behaviorálních (KB) terapeutů specializovaných na danou problematiku. Ze strany rodin může být příčinou velká vzdálenost psychoterapeuta od místa bydliště, nedostatek finančních prostředků či jiné překážky (Krebs & Turner, 2019). Na základě výsledků studií provedených na dospělé populaci je odhadováno, že přibližně 57,3 procent jedinců s OCD nedostává žádný typ léčby (Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno, 2004). Mezi nejčastější důvody dospělých jedinců pro nevyhledání léčby patří například to, že nevědí, kde pomoc vyhledat, či se nechtějí léčit z důvodu možné stigmatizace a studu (Goodwin, Koenen, Hellman, Guardino, & Struening, 2002).

Čím déle není OCD léčena, tím více může gradovat a omezovat život jedince. Proto v zahraničí vznikají možnosti, které mohou dočasně suplovat KBT a poskytnout alespoň částečnou pomoc dítěti i jeho rodině (Krebs & Turner, 2019). Níže tyto možnosti zmiňuji. Všechny čerpají z KBT přístupu a jsou vytvořené tak, aby s ním byly v souladu.

#### **3.4.1 Využití moderních technologií**

Relativně novým polem výzkumu je užití moderních technologií v léčbě dětí s OCD jakožto doplněk KBT, případně její dočasná náhrada. Vliv smartphonů, počítačů, tabletů a obecně virtuálního světa na vývoj dítěte je aktuálně ve společnosti diskutovaným tématem. V dnešní době je běžné, že děti umějí s elektronikou pracovat od raného věku. Také lze pozorovat, jak snadno dokážou obrazovky a displeje upoutat jejich pozornost. Pozitivní využití moderních technologií v léčbě by mohlo mít do budoucna velký potenciál.

Internet-Delivered CBT (ICBT), do češtiny přeloženo jako internetem předávaná KBT, umožňuje zpřístupnění KBT širšímu spektru populace. ICBT může fungovat buďto za podpory psychoterapeuta, který je s klientem v dané chvíli v kontaktu přes webkameru, anebo bez něj prostřednictvím počítačového programu. Součástí ICBT mohou být videa, online kurzy, online cvičení, možnost e-mailové komunikace s psychoterapeutem apod. Programy vyvinuté v zahraničí, které jsou adresovány přímo dětem s OCD, jsou například „OCD? Not me!“ a „BiP OCD“. Oba umožňují zapojení rodičů. Studie zabývající se měřením užitečnosti daných programů vykazují výsledky, které působí v jejich prospěch. Vzhledem k tomu, že tyto studie nebyly dostatečně rozsáhlé a metodologicky kvalitní, nelze z nich prozatím vyvozovat zevšeobecnující závěry (Aspvall, Lenhard, Selachius, & Mataix-Cols, 2019). Vigerland et al. (2016) s pomocí metaanalýzy zjistili, že pokud je běžná tvář v tvář poskytovaná KBT převedena do ICBT formátu, neztrácí na své efektivitě. Jak jsem zmínila na začátku podkapitoly, pro mnohé rodiče a jejich děti může doprava k psychoterapeutovi znamenat velkou časovou a finanční investici. ICBT by mohla činit psychoterapii dostupnější více rodinám.

V současnosti existuje snaha vyvíjet mobilní aplikace, které by sloužily jako podpora psychoterapie a odpovídaly by věku dítěte. Přínosem aplikací pro dítě by bylo především poskytnutí podpory a možnosti pracovat na sobě v době mezi sezeními. Mohly by sloužit i jako monitoring pokroku, který by psychoterapeutovi poskytl další informace o vývoji onemocnění. Užitím mobilních aplikací v léčbě dětí s OCD se zabývala pouze jedna případová studie, jejíž autory jsou Whiteside, Ale, Vickers Douglas, Tiede, a Dammann (2013). Autoři se podrobně zabývali využitím a vlivem mobilní aplikace „Mayo Clinic Anxiety Coach“ na OCD u dvou respondentů. Do studie byly zahrnuty i matky obou z nich. Všichni zúčastnění hodnotili zkušenost s aplikací jako pozitivní.

Velký potenciál má také virtuální realita, která je v současné době testována jako podpůrný nástroj v léčbě mnoha duševních nemocí. Doposud však nebyly provedeny výzkumy, které by signifikantně prokázovaly její pozitivní efekt v léčbě dětí s OCD (Aspvall et al., 2019).

### 3.4.2 Pracovní sešity, knihy a další možnosti podpory

Na trhu jsou dostupné knihy a pracovní sešity pro děti i jejich rodiče, které poskytují informace o OCD. Také obsahují návody a rady, jak v určitých situacích souvisejících s OCD postupovat. Pracovní sešity slouží mimo jiné také jako evidence symptomů. Svůj užitek mohou tedy mít i pro psychoterapeuta, který má díky nim více materiálu, se kterým může pracovat a který mu poskytuje více informací o průběhu nemoci. V následujících větách stručně popisují, jak takové materiály určené dětem a rodičům vypadají.

Jeden z pracovních sešitů pro děti s názvem „The OCD workbook for kids: Skills to help children manage obsessive thoughts & compulsive behavior“ je rozdělen do pěti částí. První část vysvětluje dítěti OCD srozumitelnou formou včetně obrázků a grafů. Také zahrnuje cvičení, v rámci kterého se dítě učí rozlišovat, co jsou normální myšlenky a co jsou myšlenky obsedantní. Druhá část je věnována přímo jeho OCD. Je zde vysvětleno škálování míry úzkosti, dochází k pojmenování OCD a jejímu popisu, připomenutí osob, které jsou dítěti oporou a na které se může kdykoli obrátit, a také shrnutí toho, jak OCD ovlivňuje život dítěte. Většinu z daných informací si dítě vyplňuje samo, dle návodu. Třetí část je převážně motivační. Jejím účelem je dodat dítěti odvalu a poradit, jak začít s OCD bojovat. Čtvrtá část je zaměřena na ERP. Obsahuje informace a úkoly pro dítě, včetně evidenčních tabulek. Pátá část popisuje důležitost pravidelného spánku, stravy, sportu. Dále dává rady, jak se vypořádat s OCD, když je dítě ve škole či venku s kamarády. Je zde i část, kterou si dítě může přečíst či vyplnit, když se necítí dostatečně silné, potřebuje dodat odvalu a získat podporu. Autoři pracovní sešit prokládají příběhy jiných dětí se stejnou diagnózou, aby dítě, které se sešitem pracuje, vědělo, že není jediné, kdo s OCD bojuje. Zároveň mu dané příběhy pomohou pochopit, jak má probíhat vyplňování konkrétní úlohy. U vyplňování a čtení mohou samozřejmě asistovat rodiče. Příloha 2 obsahuje ukázkou z tohoto pracovního sešitu (Puliafico, Robin, & Albano, 2017).

Jeden z pracovních sešitů, který je určen rodičům dětí s OCD, nese název „Helping your child with OCD“. První část se zaměřuje na vysvětlení toho, co OCD je a není a jaký má vliv na dítě a rodinu. Rodiče v rámci pracovních úkolů shrnují, jaké symptomy dítě vykazuje a jak OCD ovlivňuje jejich rodinný život. Další část je věnována tomu, jaká léčba je nejefektivnější a jakého odborníka pro léčbu dítěte mohou zvolit. Jsou zde zahrnuty otázky, které je vhodné psychiatrovi/psychoterapeutovi položit dříve než ho rodiče zvolí pro léčbu dítěte a než přistoupí či nepřistoupí na danou medikaci. Následuje podrobné vysvětlení ERP. Třetí část je nazvána „What the parent can do“ neboli „Co může rodič dělat“. Tato část

obsahuje kapitoly o tom, jak pomáhat dítěti tak, aby pomoc byla co nejefektivnější. Dále poskytuje návod, jak vytvořit rodinný plán, jehož účelem bude vytvořit co nevhodnější domácí a rodinné prostředí pro dítě. Je zde přímo cvičení, které se věnuje rodinnému kontraktu. Součástí sešitu jsou i doporučení, jak lze pomoci dítěti v rámci docházky do školy. Jsou v něm obsaženy také formuláře, které slouží k evidenci symptomů a záznamům z pozorování dítěte (Fitzgibbons & Pedrick, 2003). Za velmi přínosnou považuji také obsáhlou knihu „Freeing your child from obsessive-compulsive disorder“, v jejímž rámci jsou rodičům srozumitelnou formou poskytnuty podrobné informace o OCD a rady, jak se k dítěti chovat v konkrétních situacích, včetně kazuistik (Chansky, 2000).

Existují i další možnosti, kde mohou rodiny, ve kterých se nachází dítě s OCD, získat podporu a rady. Jednou z nich jsou internetové konference. Dne 13. 4. 2019 se uskutečnila první mezinárodní internetová konference s názvem „OCDeconstruct“, jejímž tématem byla OCD u dětí. Bylo v ní zaregistrováno přes 2 100 účastníků z více než 60 zemí. Konference se mohl zúčastnit kdokoli. Určená byla především odborníkům se zájmem o danou problematiku a rodičům dětí s OCD. Součástí konference byla i možnost pokládat dotazy, stejně jako tomu bývá na běžných konferencích. Někteří z přednášejících přímo nabízeli své služby a další formy pomoci. Jednou z nich byla psychoterapeutka Natasha Daniels, která se specializuje na děti s OCD a s úzkostnými poruchami. Poskytuje podporu a informace jak dětem, tak rodičům formou videí. Registrovaným uživatelům zasílá pravidelně e-maily obsahující odkazy na její kurzy, které jsou zaměřené na konkrétní oblasti života dítěte s OCD. Například jak se vypořádat se spánkovými problémy, jak vysvětlit OCD okolí, apod.

Dalšími možnostmi jsou podpůrné internetové stránky určené dětem s OCD a jejich rodičům, které obsahují edukační materiály, filmy, příběhy, internetové odkazy a možnosti dotazů, na které odpovídají odborníci na danou problematiku. Jsou to například:

- [www.ocdkidsmovie.com](http://www.ocdkidsmovie.com)
- [beyondocd.org/information-for-parents/helping-a-child-who-has-ocd](http://beyondocd.org/information-for-parents/helping-a-child-who-has-ocd)
- [raisingchildren.net.au/school-age/health-daily-care/mental-health/ocd](http://raisingchildren.net.au/school-age/health-daily-care/mental-health/ocd)

V rámci této kapitoly bych ráda zmínila také letní tábory specializované na děti s OCD. Děti se tam setkávají s vrstevníky, které trápí podobné potíže. Zároveň se intenzivně učí porozumět svým obtížím a pracovat s nimi. Zatím jsem však dohledala takové tábory pouze v Anglii a Americe.

Limitem výše zmíněných internetových stránek, programů, aplikací a podpůrných materiálů je, že jsou prozatím dostupné pouze v anglickém jazyce. To je také důvodem, proč je i ukázka z pracovního sešitu v rámci příloh této bakalářské práce v angličtině. Tento fakt znemožňuje jejich využití dětmi a mnohými rodiči, jejichž znalost angličtiny nedosahuje potřebné úrovně.

#### 4. Rodiče dětí s OCD ve vztahu k léčbě

Rodiče, sourozenci a další pečující osoby hrají významnou roli v léčbě dítěte s OCD. Rodiče jsou většinou ti, kdo vyhledají odborníka a kterým náleží rozhodnutí pro určitý typ léčby. Pokud dítě vykazuje závažnější symptomy, mohou být rodiče vystaveni rozhodnutí, zda nechat či nenechat dítě hospitalizovat. Léčba dítěte je tedy zásadně ovlivňována volbami rodičů. Nejen že mohou rodiče pozitivně či negativně ovlivnit průběh léčby a stav dítěte, ale i oni sami jsou poruchou ovlivňováni.

Jak jsem zmínila výše, první intuitivní reakcí rodičů na úzkost dítěte je snaha jeho úzkost zastavit. Proto často provádějí úkony, které po nich dítě v souvislosti s OCD vyžaduje. Například umývají talíře několikrát po sobě, aby snížili strach dítěte z kontaminace. Nebo nechají svého potomka 60× překročit práh u dveří před odchodem do školy, aby mu umožnili redukovat úzkost spuštěnou obsesemi. Pokud však požadavkům dítěte vyhovují pravidelně, do „bludného kruhu“ se dostává celá rodina. Ačkoli rodiče plní přání dítěte s dobrým úmyslem, ve skutečnosti napomáhají udržení či zhoršení symptomů (Franklin, Freeman, et al., 2019). Na dané téma existuje mnoho studií, které zdůrazňují vliv tzv. „family accommodation“ (FA) na průběh léčby. V daném kontextu toto slovní spojení znamená všechny kroky a ústupky, které rodiče, popřípadě více členů rodiny, podnikají k dočasné redukci obsedantně-kompulzivních symptomů u dítěte. Jednoduše řečeno, přizpůsobují se dítěti, účastní se provádění rituálů, upravují každodenní rodinnou rutinu a vyhýbají se situacím, které by u dítěte mohly vzbudit úzkost (Lebowitz, Panza, Su, & Bloch). V odborné literatuře je naznačováno, že existuje lineární vztah mezi výše zmíněným FA a závažností symptomů. Tedy čím více se celá rodina přizpůsobuje dítěti, tím závažnější symptomy dítě vykazuje. Výzkumy na danou souvislost však dospěly k různorodým výsledkům (Wu et al., 2016). Udržování a zhoršování symptomů může být způsobováno také zvýšením stresu a úzkosti členů rodiny, nevhodnou komunikací mezi nimi či nadáváním dítěti a ignorováním problému (Sapyta & Cowperthwait, 2019). Z těchto všech důvodů jsou rodiče v dnešní době běžně zapojováni do léčebného procesu.

Existuje několik testových metod, které mohou kliničtí pracovníci využít k tomu, aby získali vhled do fungování rodiny, kde se dítě s OCD nachází. Díky tomu mohou získat informace o rodině, odhalit aspekty, které by mohly ovlivnit průběh léčby, a na základě toho zvolit vhodné postupy a formu spolupráce s rodinou. K prozkoumání rodinného prostředí, rozsahu poškození rodiny a perspektiv se užívá „OCD Family Functioning Scale“. Tento dotazník má tři části, které zachycují pohled na onemocnění jak pacienta, tak dalších členů

rodiny – většinou se jedná pouze o rodiče. To může pomoci odhalit potenciální rizikové faktory ze strany rodiny, které mohou ovlivňovat průběh léčby. Jeho validita i reliabilita byla prokázána jak u dospělých, tak u dětských pacientů (Stewart et al., 2011). Dalším nástrojem je „Family Accommodation Scale“. Skládá se z 13 položek, které jsou hodnoceny klinickým pracovníkem a k hodnocení dochází na pětibodové Likertově škále. Slouží k měření rozsahu, způsobu přizpůsobování se a ujišťování dítěte rodinou. Obsahuje otázky typu: „Byl pacient zoufalý, když jste mu neposkytl pomoc? A na jakém stupni?“ Užívaným nástrojem je také „Child Obsessive Compulsive Impact Scale“. V rámci 56 položek dítě či rodiče na čtyřbodové škále hodnotí, do jaké míry OCD narušuje psychosociální fungování dítěte oproti předchozímu měsíci. Posuzovány jsou potíže v oblasti školních, sociálních a rodinných aktivit (Storch et al., 2007). Opět jsem ani jeden z dotazníků nedohledala v češtině.

#### **4.1 Rodiče v KBT**

Jak už bylo okrajově zmiňováno v předchozích částech této bakalářské práce, rodiče jsou důležitým prvkem v procesu KBT s dítětem. Jak praví výsledky dosavadních studií, rodiče dětí s OCD mohou svým zapojením do KBT přispět k redukci symptomů (Renshaw, Steketee, & Chembles, 2005). Je však nutné konstatovat, že v dané oblasti nebylo výzkumů zrealizováno mnoho. To je jedním z důvodů, proč nejsou doporučení ohledně zapojení rodičů do KBT v literatuře přesně specifikována. Dalším důvodem je individuální situace každé rodiny a každého dítěte, což hraje důležitou proměnnou v psychoterapeutickém procesu. Spolupráce mezi psychoterapeutem a rodiči však v odborných textech bývá považována za důležitou, mnohdy samozřejmou. Ve zbytku této kapitoly shrnuji základní informace, které odborná literatura k danému tématu poskytuje.

Rodiče mohou být do KBT zapojeni třemi způsoby. První a nejběžnější formou je individuální KBT s dítětem, přičemž jsou rodiče přítomni pouze na některých sezeních. Jak jsem zmínila výše, může se jednat například o první, sedmé a dvanácté sezení. Záleží však především na úsudku psychoterapeuta. Psychoterapeut na základě rodinné situace, věku dítěte a závažnosti jeho symptomů zvažuje, zda na daném sezení budou přítomni rodiče spolu s dítětem v rámci celého sezení, v jeho části, anebo sezení proběhne s dítětem a s rodiči separovaně. Druhou formou je mix individuální KBT a rodinné KBT. V tomto případě se jedná o individuální psychoterapii s dítětem, přičemž dochází k pravidelným nadrámcovým rodinným sezením, na kterých jsou přítomni rodiče i dítě, v některých případech i další členové rodiny. Tato sezení jsou zaměřena především na redukci konfliktů v rodině a na práci s rituály dítěte. Třetí možností je pouze rodinná KBT. Průběh je stejný

jako u individuální KBT, pouze jsou na každém sezení přítomni rodiče i dítě. To je však běžné pouze u dětí v předškolním věku (March & Mulle, 1998).

Jak jsem zmínila výše, v literatuře nejsou popsány přesné postupy, jak by spolupráce mezi psychoterapeutem a rodiči měla vypadat, co všechno by jejich setkání měla obsahovat. Každá rodina je totiž specifická a záleží na mnoha faktorech, které mohou rodinu ovlivňovat, a aspektech, na které je třeba se při spolupráci s rodiči a s dítětem v průběhu psychoterapie zaměřit. Ve zbytku této podkapitoly shrnuji obecná a základní doporučení, jaké body by měly být náplní sezení s rodiči vždy.

Nezbytným bodem při spolupráci s rodiči je jejich psychoedukace. Psychoterapeut by měl rodičům podrobně vysvětlit, jak ovlivňuje jejich přizpůsobování se požadavkům dítěte jeho OCD a proč je třeba redukovat FA. Také by rodičům měla být podrobně vysvětlena technika ERP a zdůrazněna jejich role jakožto zdroje podpory dítěte při ERP technikách v domácím prostředí (Vreeland & Peris, 2018).

Redukce FA je označována za hlavní cíl při práci s rodiči, proto by především jí měla být během sezení s rodiči věnována pozornost. Redukce FA je dlouhodobý proces. Rodiče většinou potřebují slyšet od psychoterapeuta konkrétní pokyny, co dělat a co říci v situacích, kdy po nich dítě požaduje ústupky vedoucí k redukci jeho tenze. Psychoterapeut by se měl spolu s rodiči zaměřit na možné překážky, které mohou redukci FA zabraňovat, a snažit se je společnými silami odstranit, případně jejich působení zeslabit. Často to bývají rodinné konflikty, úzkostnost rodičů a rodinná nesoudržnost. V rámci spolupráce s rodiči by tedy mělo být středem zájmu také to, zda a jaké konflikty se v rodině vyskytují a co konkrétně vnímají rodiče jako problematické (Vreeland & Peris, 2018). Jak totiž praví výsledky výzkumů, slabší reakce dítěte na rodinnou KBT může být mimo jiné způsobena konflikty v rodině, častým obviňováním a nízkou soudržností členů (Peris et al., 2012).

Při práci s rodiči je též důležité soustředit se na ovládání emocí, aby mohlo dojít k vybudování pozitivního a podporujícího domácího prostředí, a tím vytvořit vhodné podmínky dítěti. Toho se dosahuje prostřednictvím strukturovaného tréninku zaměřeného na rozvoj dovedností regulovat emoce. Nevhodná exprese emocí rodiči může totiž stejně jako FA narušovat léčbu. Regulace emocí však může rodičům, především zpočátku, činit problém. Proto je doporučováno zařadit do sezení s rodiči mimo jiné relaxační cvičení s užitím mindfulness technik (Vreeland & Peris, 2018). Také je vhodné zaměřit se na rozvoj dovedností, jako je například zvládání stresu. Psychoterapeut spolu s rodiči diskutuje



problémy, se kterými se v souvislosti s OCD setkávají, a snaží se společně s nimi přijít na jejich řešení (Sapyta & Cowperthwait, 2019).

Rodiče jsou do psychoterapeutického procesu začlenění nejen tím, že docházejí na jednotlivá sezení, ale i svou vlastní aktivitou mimo sezení. Vzhledem k tomu, že rodiče své dítě znají lépe než kdokoli jiný, sdílejí s ním domácí prostředí, jsou s ním v úzkém kontaktu a jsou jedněmi z hlavních osob, které mohou dítě sledovat, jsou také důležitými poskytovateli zpětné vazby pro psychoterapeuta a poskytovateli dalších informací o dítěti. To oni vidí, jak dítě reaguje na léčbu, s jakými pocity odchází z psychoterapie. Mají možnost pozorovat nárůst i redukci symptomů. Mohou zhodnotit, kdy má dítě slabší chvílky a kdy těžší. Rodiče mohou pozorovat průběh pokroku a také to, jak se dítěti daří či nedaří plnit domácí úkoly. Sledování dítěte by však nemělo přejít v nepřetržité monitorování všeho, co dítě dělá. Psychoterapeut může rodičům poskytnout záznamové archy, které rodiče vyplňují a následně poskytují psychoterapeutovi. Záznamový arch může mít mnoho podob, jeho ukázkou příkládám v příloze 3. Bohužel jsem jeho možný vzor dohledala pouze v angličtině. Záznamový arch jsem nepřekládala, jelikož jsem chtěla zachovat jeho originální verzi. Vyplňování archů neslouží pouze k zaznamenávání informací, ale také lze s jejich pomocí monitorovat postupný pokrok, který si rodiče v danou chvíli nemusí uvědomovat – například, že si dítě nemyje ruce 30× za den, ale již jen 10×. Děti vyššího věku si již archy mohou vést samy a rodič se stává spíše vzdáleným pozorovatelem. Důležitým aspektem je také to, aby rodič, případně rodiče, nepozorovali jen své dítě, ale i sami sebe. Je normální, když prožívají pocity vzteku, bezmoci, studu. To může být následováno jejich hostilným chováním k dítěti či dalším osobám. Tím, že si budou všimát svých pocitů a reakcí v širším kontextu, zvýší pravděpodobnost jejich změny (Fitzgibbons & Pedrick). Rodiče mohou monitoringem a zaznamenáváním obtíží dítěte v domácím prostředí významně informativně přispět do psychoterapeutického procesu. Na reflexi pozorování rodičů dítěte i sebe sama by v rámci sezení s nimi měl být pokaždé vyčleněn čas.

## **4.2 Jak mohou rodiče zvýšit efekt KBT**

Jak jsem zmínila výše, rodiče mohou významně přispět k efektivitě KBT u svého dítěte tím, že jsou aktivní v psychoterapeutickém procesu a redukují FA. Významnou pomocí je i výše zmíněný monitoring OCD u dítěte. Existují však i další obecná doporučení, která mohou rodiče následovat mimo psychoterapeutická sezení a tím napomáhat průběhu KBT a zlepšení stavu dítěte.

První doporučení se týká ještě doby před první návštěvou psychoterapeuta. Již v této fázi mohou rodiče pozitivně ovlivnit průběh psychoterapie. Před tím, než rodiče spolu s dítětem poprvé navštíví psychoterapeuta, měli by dobře zvážit slova, jakými dítěti sdělí, co se bude dít dít. Vždy by mělo být zdůrazněno, že psychoterapeut, za kterým půjdou, mu chce pomoci (Chansky, 2000). Rodiče tím mohou zvýšit pozitivní očekávání dítěte od KBT a tím její následnou efektivitu. Lewin et al. (2011) zjistili, že u dětí věřících v účinnost KBT docházelo spíše k redukci symptomů než u dětí s nízkým očekáváním, spíše dokončily celou léčbu a více se zapojovaly do plnění domácích úkolů.

Jak jsem již zmínila, v průběhu celého psychoterapeutického procesu se rodiče stávají důležitými asistenty dítěte. Jejich ideálním nastavením by mělo být, poněkud metaforicky řečeno, soustředění se na svobodu jakožto cíl, o jehož dosažení bojují s nepřítelem, tedy s OCD. Pokud jsou rodiče aktivní v rámci ERP úloh, které dítě plní v domácím prostředí, připomínají mu domácí úkoly, případně mu s nimi pomáhají a jsou mu k dispozici v náročných chvílích, mohou tím významně přispět k efektivitě psychoterapeutického procesu. Dítě potřebuje, aby mu rodiče dodávali odvalu v boji s OCD, potřebuje cítit a slyšet podporu. Zároveň je však třeba, aby si rodiče drželi přiměřený odstup za účelem podpory samostatnosti dítěte. Svou důležitost má také stanovení konkrétních domácích pravidel, jejichž cílem je zabránit zhoršování symptomů a také zamezit tomu, aby OCD zasahovala do rodinného fungování až v přílišné míře (Chansky, 2000). Velmi důležité je, aby mezi sebou všichni členové rodiny komunikovali a podíleli se na snaze vytvořit dítěti co nejlepší podmínky. Dítě by mělo mít možnost vyjádřit svá přání a preference, zároveň by však v rodině měla převládat určitá forma disciplíny udržovaná rodiči (Fitzgobins & Pedrick, 2003).

Velmi podstatné je poskytnout dítěti bezpečné prostředí. V tomto kontextu není myšleno pouze bezpečí fyzické. Je to prostředí, ve kterém se dítě nebojí vyjádřit svůj strach a má podporu od rodiny v rámci jeho překonávání. Bezpečným prostředím je míněné i to, že rodiče dítěti nediktují, co, kdy a jak má v léčebném procesu dělat. Mohou mu však předkládat nápady a návrhy. Dítě tak má možnost řídit si léčbu částečně i samo. Samozřejmě je nutné brát ohled na chronologický a mentální věk dítěte. Bezpečným prostředím je myšleno také klidné domácí prostředí, bez výsměchu a škádlení. Důležité je, aby i v rámci každodenního života zůstala zachována externalizace, která je nezbytným aspektem KBT. Tím je myšleno, aby osoby v nejbližším okolí neobviňovaly osobnost dítěte za činy, které jsou důsledkem OCD, a aby ani dítě neobviňovalo sebe samo. Je třeba zdůrazňovat, že na

vině je OCD, za kterou dítě nemůže a že proti ní bojují společně jako rodina (Chansky, 2000).

Na progres v léčbě má vliv také poskytnutí emočního bezpečí. Empatie a naslouchání ze strany rodičů jsou pozitivními prvky, které mohou podpořit dítě v boji s OCD. Není neobvyklé, že dítě cítí a projevuje frustraci a vztek a je normální, že rodiče mají po čase vůči projevům těchto negativních emocí averzi. Tyto emoce jsou však přirozeným produktem dítěte, které se snaží bojovat s OCD. Z rodičů se stává „boxovací pytel“, díky kterému se dítě zbavuje intenzivních emocí. Díky tomu, že rodiče dítěti projev těchto emocí umožní, dítě cítí, že je bezpečné své pocity vyjadřovat a není za to souzeno či obviňováno. V domácím prostředí rodiny by dítěti mělo být umožněno zkoušet nové věci, ale také chybovat. Někdy se dítěti nedaří vykonat expozici, což ho samo o sobě mrzí. Ještě hůře se cítí, když následně vidí své rodiče vyjadřovat nad jeho selháním smutek a zklamání. Podstatné je, aby se rodiče v rámci svých možností vyhýbali přehnanému afektovanému reagování na nežádoucí chování dítěte (Chansky, 2000).

Za účelem posílení požadovaného chování dítěte a tedy i redukce symptomů OCD je vhodné vytvořit systém odměn. Tím, že rodič předá odměnu dítěti za to, že zvládlo určitou expozici, jako například vynést smetí, dotknout se podlahy, nevykonat rituál před spaním apod., mu dává najevo, že rozumí tomu, že dítě vykonalo něco, co je pro něj velkou výzvou a kterou úspěšně překonalo. Systém odměn by měl být ustanoven v rámci dohody celé rodiny. Děti ve školním věku dobře reagují na systém, v rámci kterého dostávají za každodenní dokončení úkolů body, třeba ve tvaru hvězdiček. Snaží se nasbírat určitý počet hvězdiček, které vedou k větší odměně. Čím jsou děti starší, zejména ti na druhém stupni základní školy, tím spíše začínají požadovat příliš velké odměny, jako notebook, videohry apod. Řešením může být například to, že rodiče koupí danou věc pro sebe a dítěti poskytnou určitý čas, který s jeho požadovanou věcí může strávit. Kdyby dostalo drahou věc ono samo, hrozí zde riziko ztráty motivace bojovat. Odměny nemusí být pouze věcné. Může se jednat o posunutí večerky, možnost delšího sledování televize nebo o společnou aktivitu, jako je například návštěva fotbalového zápasu nebo výlet do zábavního parku (Fitzgibbons & Pedrick, 2003).

OCD může mít značný vliv na sociální život a školní výsledky dítěte. Na rodičích tedy mimo jiné stojí rozhodnutí, zda a jak zahrnout školu do celého procesu. Pedagogové působící ve škole mohou být pro dítě někým, na koho se může v případě potřeby obrátit. Také mohou

být dalším poskytovatelem informací o tom, jak se dítě chová a reaguje ve školním prostředí, jakým způsobem se zde jeho OCD projevuje, případně neprojevuje. Mimo jiné mohou OCD ve výuce určitým způsobem zohlednit. Zároveň se však může stát, že pracovníci školy nebudou chtít ochotně spolupracovat a nebudou mít pro potíže dítěte pochopení. Žák s OCD má možnost být zařazen, stejně jako děti s jinou psychickou poruchou, mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. O prvním stupni podpůrného opatření rozhoduje škola, o druhém až pátém stupni školské poradenské zařízení, což je pedagogicko-psychologická poradna nebo speciálně-pedagogické centrum. Kvalitní forma spolupráce se školou, vzájemná komunikace mezi rodiči a pedagogy, může pozitivně přispět k procesu KBT.

Přestože rodiče věnují pozornost především dítěti, neměli by zapomínat pečovat i o sebe samé. Jejich duševní pohoda je nezbytným předpokladem pro to, aby mohli dítěti pomáhat. Existuje mnoho doporučení, které aktivity a návyky lze zařadit do svého životního stylu a pečovat tak o vlastní mentální zdraví. Například: spát průměrně osm hodin, jíst pravidelně a vyváženě, cvičit, relaxovat, chodit do společnosti apod. (Fitzgibbons & Pedrick, 2003).

Praktikování výše zmíněných doporučení ohledně zapojení rodičů do léčby a jejich přístupu k dítěti mohou zvýšit efekt KBT a redukci symptomů OCD u dítěte. Je však nutné znovu konstatovat, že situace každého dítěte a jeho rodiny je specifická a tudíž ne vždy je možné daná doporučení následovat. Též je téměř nereálné držet se vhodných postupů vždy a všude. U rodičů mohou nastat pocity nejistoty v tom, zda je jejich přístup správný, či špatný. Je těžké odhadnout tu správnou hranici, kdy dítěti pomáhat a kdy si držet odstup k podpoře jeho samostatnosti. Rodiče si nemusejí vědět rady v tom, jaká domácí pravidla stanovit, jak nastavit systém odměn apod. Tyto obavy a nejistoty je vždy vhodné konzultovat s psychoterapeutem.

#### **4.3 Pohled rodičů na KBT**

Vzhledem k tomu, že se mnou navrhovaný výzkum, který je součástí této práce, z velké části zabývá pohledem rodičů dětí s OCD na KBT, snažila jsem se vyhledat výzkumy či informace vztahující se k danému tématu. Nedohledala jsem ani jednu studii či článek, které by se zaměřovaly na rodiče a jejich popis průběhu KBT a obecně léčby dítěte s OCD, ani na jejich spokojenost s psychoterapií.

Dohledala jsem však studie, které se zabývají očekáváním rodičů dětí s OCD od KBT a jejich pohledem na účinnost KBT. Aby byli rodiče, ale i dítě motivováni k aktivnímu zapojení do konkrétního typu léčby, musí pro ně být přijatelnou volbou a měli by věřit v její

účinnost. Z toho důvodu mají svůj význam výzkumy zjišťující, jakou léčbu rodiče a dítě s OCD preferují a jaká jim následně byla poskytnuta (Schneider & Storch, 2019). Lewin, McGuire, Murphy, a Storch (2014) se v rámci studie zabývali preferencemi rodičů v léčbě dětí s OCD. Ze 137 respondentů 68 % preferovalo KBT, 32 % kombinaci KBT a SSRI a pouhé 1 % preferovalo samostatnou SSRI farmakoterapii. Mezi jejich obavy z užívání medikace patřilo riziko vedlejších účinků a ovlivnění vývoje dítěte. Kombinace KBT a SSRI byla přijatelnější u rodičů, jejichž dítě mělo mimo OCD i další přidružené onemocnění. Jako faktory, které ovlivnily jejich preference, zmiňovalo 58 % informace na internetu, 42 % psychologické poradny. Procentuálně níže pak následovaly online lékařské poradny, odborné knihy, rodina a přátelé. Výzkumníci se dále zaměřili na to, jaké bariéry v léčbě rodiče dětí s OCD vnímají, 51 % zmiňovalo jako klíčovou vzdálenost, 32 % reportovalo omezenou dostupnost klinického pracovníka provádějícího ERP, 25 % zmiňovalo finance a pro 21 % byla překážkou práce či škola. Výzkumníci mimo jiné zmiňují, že vyškolených psychoterapeutů praktikujících ERP s dětmi je velmi málo. I přes tyto výše zmíněné překážky rodiče preferují KBT obsahující ERP vzhledem k její prokázané účinnosti.

Lewin, Peris, Bergman, McCracken, a Piacentini (2011) se zabývali výzkumem očekávání rodičů dětí s OCD od KBT. Bylo zjištěno, že nízké očekávání měli rodiče, u jejichž dítěte se vyskytovaly komorbidity. Očekávání bylo nízké také u rodičů, jež sami vykazovali OCD symptomy.

Tomu, jak rodiče hodnotí účinnost KBT u dětí s OCD, se v rámci studie zabýval Beig et al. (2017). Autoři píší, že jen málo studií zkoumalo účinek KBT v běžné klinické praxi. Většinou totiž ke zkoumání efektivit KBT dochází v rámci kontrolovaných studií se striktními zásahy a pravidly. Autoři k hodnocení účinnosti použili názor rodičů i přímo dětí s OCD, kterých bylo 53, což nelze považovat za velký vzorek. Je to však jediná studie na dané téma, kterou jsem dohledala. Autoři píší, že 46,3 % rodičů zmiňovalo, že dítě po skončení psychoterapie nevykazovalo žádné obsedantně-kompulzivní symptomy. Zajímavým faktem je, že hodnocení dětí bylo jiné než hodnocení rodičů. Děti, které hodnotily své zlepšení jako signifikantní a také hodnotily, že již nevykazují symptomy OCD, bylo 59,4 %.

Tuto problematiku již další výzkumy neřeší. Považuji však za podstatné zmínit studie, které se též zabývaly očekáváním a hodnocením efektivit KBT pohledem rodičů dětí s duševní poruchou, nikoli však přímo s OCD. Wu et al. (2019) zrealizovali výzkum, který

se zabýval očekáváními rodičů a jejich dětí s úzkostnou poruchou od KBT. Operoval s poměrně velkým vzorkem – 279 respondentů. Bylo zjištěno, že pozitivní očekávání rodičů a dětí vede k vyššímu zapojení a plnění ERP úloh, což mělo následný efekt na zmírnění symptomů. Nock, Phil, a Kazdin (2001) v rámci studie rodičů dětí s agresivním a antisociálním chováním zjistili, že prediktorem nízkého očekávání od psychoterapie byl nízký socioekonomický status, závažnost problému dítěte, vyšší věk dítěte a zvýšený stres rodičů. Také zjistili, že nízké očekávání rodičů korelovalo s častějším vyhledáváním bariér, které zabraňovaly absolvování léčby dítěte. Také bylo prediktorem nízké docházky na psychoterapii a předčasného ukončení léčby. Walter et al. (2019) publikovali výsledky studie, která se zabývala tím, jak učitelé a rodiče hodnotí účinek KBT u dětí s duševní poruchou. Jak rodiče, tak učitelé hodnotili, že během doby, kdy dítě docházelo na KBT, u něj došlo k poklesu emocionálních a behaviorálních problémů. I když ne u všech dětí došlo k zlepšení signifikantnímu. Rodiče účinek psychoterapie hodnotili jako vyšší než učitelé. Autoři výzkumu doporučují, že by bylo vhodné se v budoucnu zaměřit na to, jací pacienti v průběhu léčby nejvíce prosperují a jak by šlo KBT vylepšit tak, aby k redukci symptomů docházelo u pacientů ve větší míře.

## Návrh výzkumného projektu

Výzkum je koncipován formou návrhu. Jak praví i samotný název této bakalářské práce, zabývá se problematikou KBT v léčbě dětí s OCD z pohledu jejich rodičů. Mimo to je zaměřen i na další okolnosti, které by mohly přispět k hlubšímu poznání problematiky OCD u dětí. Hlavním důvodem neuskutečněné realizace výzkumu je specifčnost tématu a tudíž nejistota, že by se v omezeném čase podařilo získat dostatečné množství respondentů. Kvalitativní výzkum volím proto, že nabízí hlubší vhled do dané problematiky. Vzhledem k tomu, že mnou zvolené téma nebylo v rámci výzkumů prozatím dostatečně prozkoumané, a v rámci České republiky není prozkoumané vůbec, považuji kvalitativní šetření za vhodné. V rámci konstrukce návrhu výzkumu jsem vycházela z poznatků uvedených v literárně přehledové části, z odborných konzultací s kolegy, kteří pracují na oddělení dětské psychiatrie a z konzultací s rodiči, jejichž dítě mající OCD prošlo KBT. Nevycházím z žádného již dříve realizovaného výzkumu, jelikož jsem nenašla žádný, který by přímo tuto problematiku zkoumal.

### 5. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je hlubší porozumění problematice KBT u dětí s OCD na základě vyjádření jejich rodičů se zaměřením na průběh a efekt KBT. Výzkum se okrajově zaměřuje na více oblastí souvisejících s danou problematikou proto, aby bylo možné zachytit širší souvislosti a aby tak dodal dostatek podnětů pro budoucí výzkum. Výsledky výzkumu by mohly mimo jiné reflektovat systém současné KBT péče o děti s OCD a poskytnout vhled do života rodin, v nichž se dítě s OCD nachází. Získané informace by mohly přinést užitek jak rodinám, kterých se daná problematika týká, tak odborníkům, kteří se danou problematikou zabývají. Výzkumných otázek je sedm. Na zodpovězení prvních dvou bude cílit anamnestický rozhovor. Na zodpovězení zbylých otázek bude zaměřen polostrukturovaný rozhovor, jenž bude obsahovat otázky zformulované pro účely tohoto výzkumu.

#### Výzkumné otázky

1. Jaké je rodinné zázemí dítěte ve vztahu k OCD?
2. Jaké jsou charakteristiky a průběh OCD u dítěte?
3. Jak probíhala léčba dítěte?

4. Jaké jsou okolnosti léčby dítěte?
5. Jak rodiče vnímají vliv KBT na OCD u svého dítěte?
6. Jak se rodiče zapojovali do KBT?
7. Podnikali rodiče mimo KBT sezení kroky, kterými by mohli přispět k efektivitě psychoterapeutického procesu?

## **6. Metody získávání dat**

Jak jsem již zmínila, zvolila jsem kvalitativní výzkumné šetření. V jeho rámci budou využity klinické vyšetřovací metody, konkrétně psychologická anamnéza, polostrukturovaný rozhovor a pozorování. Nejdříve budou zaznamenány základní demografické údaje – pohlaví a věk dítěte, místo bydliště. Do této části bude zahrnuta také otázka, kdy byla dokončena KBT, případně kolikáté sezení absolvovalo dítě naposledy. Bude následovat psychologická anamnéza, která zahrnuje zjišťování údajů z minulosti jedince, jež mají významný vztah k poznání jeho osobnosti. Vzhledem k tomu, že zdrojem informací budou rodiče, nikoli přímo dítě, jedná se o heteroanamnézu (Svoboda, Humpolíček, & Šnorek, 2013). Ta bude probíhat formou stručného řízeného rozhovoru. Jeho předmětem bude rodinná anamnéza a charakter a průběh OCD. Konkrétní otázky, jež budou v rámci anamnestického rozhovoru pokládány, nespecifikuji. Psychologickou anamnézu jakožto výzkumnou metodu jsem zvolila proto, že umožňuje získání ucelenějšího obrazu o dítěti a měly by být díky ní zodpovězeny první dvě výzkumné otázky.

Následovat bude polostrukturovaný rozhovor, který je nejrozšířenějším typem rozhovoru. Dochází k vytvoření závazného schématu, v jehož rámci jsou specifikovány určité okruhy otázek. Pořadí otázek je možné během rozhovoru s respondentem zaměňovat, případně klást doplňující otázky relevantně se vztahující k tématu (Miovský, 2006). Tento typ rozhovoru jsem zvolila z důvodu, že umožňuje přizpůsobit se do určité míry respondentovi a v případě potřeby se doptávat, což může například pomoci zamezit případnému neporozumění. Také dává možnost prozkoumat některá sdělení respondenta více do hloubky. Polostrukturovaný rozhovor bude rozdělen do tří oblastí. Do každé oblasti jsem zařadila otázky (viz níže 6.1 Otázky polostrukturovaného rozhovoru), které budou v jeho rámci kladeny a které by měly spolu s daty získanými v rámci anamnestického rozhovoru umožnit zodpovězení výzkumných otázek a dosažení výzkumného cíle.



Výzkumník by měl v průběhu celého rozhovoru aktivně naslouchat a v případě potřeby pokládat doplňující dotazy.

Během celého rozhovoru s respondentem bude probíhat pozorování, které je v rámci tohoto výzkumu spíše dodatkovou metodou. Může však také přinést zajímavé poznatky. Bude se jednat o extrospekci. Výzkumník si bude všimát prostředí, pokud bude rozhovor uskutečněn v domácnosti respondenta. Dále se zaměří na emotivitu a reaktivitu účastníka během rozhovoru.

## **6.1 Otázky polostrukturovaného rozhovoru**

V rámci této podkapitoly uvádím otázky polostrukturovaného rozhovoru, díky nimž by mělo dojít k zodpovězení výzkumných otázek, na které necílil anamnestický rozhovor. Nastolená kritéria výběru popsána v 7. kapitole umožňují výběr respondentů, jejichž dítě KBT procesem stále prochází. Všechny otázky jsou však formulovány v minulém čase, jelikož v rámci výzkumu dochází k zjišťování dosavadní zkušenosti respondentů. Pro přehlednost jsem otázky polostrukturovaného rozhovoru rozdělila do tří tematických celků dle toho, k jakým výzkumným otázkám se daný soubor otázek vztahuje. Výzkum není realizován. Může se stát, že po jeho případné realizaci dojde k zisku nových témat, případně k zjištění nevhodnosti některých otázek a následkem toho k nutnosti některé otázky polostrukturovaného rozhovoru obměnit.

### **3. a 4. výzkumná otázka**

- 1) Kdy jste se rozhodl/a s dítětem poprvé navštívit odborníka v souvislosti s OCD? Jaký odborník to byl?
- 2) Tušil/a jste před návštěvou odborníka, že se u dítěte jedná o OCD?
- 3) Byl nějaký typ léčby, který jste již předem preferoval/a (farmakoterapie, psychoterapie)?
- 4) Jakou léčbu dítě podstoupilo?
- 5) S jakými odborníky jste léčbu dítěte konzultoval/a?
- 6) Pokud dítě prošlo i farmakologickou léčbou, jaké léky užívalo? Zaznamenal/a jste nějaké vedlejší účinky?
- 7) Proč jste zvolil/a KBT?
- 8) Jakým způsobem jste vyhledal/a kognitivně-behaviorálního terapeuta?
- 9) Měl/a jste ohledně KBT nějaká očekávání? Pokud ano, jaká?

- 10) Jak častá byla psychoterapeutická sezení?
- 11) Jakou formou psychoterapeutická sezení probíhala a co bylo jejich obsahem?
- 12) Cítil/a jste se odborníky dobře informován/a ohledně OCD u dítěte?

#### **5. výzkumná otázka**

- 13) Jaké změny u dítěte jste po absolvování KBT vnímal/a?
- 14) Hodnotíte KBT jako účinnou?
- 15) Co, dle vašeho názoru, dítěti nejvíce pomohlo?
- 16) Vykazuje vaše dítě stále symptomy OCD?
- 17) Co byste doporučil/a rodičům, kteří právě zjistili, že má jejich dítě OCD? Byla by jedním z doporučení KBT?
- 18) Napadá vás něco, co vám v průběhu KBT nevyhovovalo?

#### **6. a 7. výzkumná otázka**

- 19) Zapojoval/a jste se do psychoterapeutických sezení? Jak to probíhalo?
- 20) Poskytoval/a jste psychoterapeutovi informace o projevech obsedantně-kompulzivního chování dítěte v domácím prostředí a jeho změnách?
- 21) Dostávalo vaše dítě od psychoterapeuta domácí úkoly? Zapojoval/a jste se do nich také?
- 22) Odměňoval/a jste dítě za nevykonání kompulzí? Jak?
- 23) Nazývali jste v domácnosti OCD nějakým jménem? Jakým?
- 24) Spolupracoval/a jste v souvislosti s OCD se školou?
- 25) Jak jste reagoval/a, pokud vaše dítě v domácnosti vykazovalo kompulzivní chování zapříčiněné obsesemi?
- 26) Používal/a jste nějaké metody, kterými jste se snažil/a dítěti pomoci?

## 7. Průběh výzkumu

Potenciální respondenti, kteří splnili kritéria výběru a vyjádřili zájem zúčastnit se výzkumu, obdrží kontakt na výzkumníka, který se s nimi telefonicky či e-mailem domluví na datu a místě setkání. V této fázi budou respondenti informováni o přibližné délce setkání, která je však stanovena pouhým odhadem a může variovat napříč jednotlivými rozhovory. Průměrnou délku setkání odhaduji na 120 minut. Rozhovor s respondenty proběhne v jejich domácím prostředí, případně na jiném místě, které jim bude vyhovovat. Budou předem informováni o průběhu a cílech výzkumu. Také budou informováni o možnosti z výzkumu kdykoli odstoupit. Respondenti budou před začátkem rozhovoru ujištěni, že žádná odpověď není správná nebo špatná, účelem je zjištění jejich vlastního názoru. Celý rozhovor bude za souhlasu respondentů nahráván na diktafon, během čehož si výzkumník bude dělat stručné poznámky vztahující se především k pozorování. Výsledná data budou anonymizována. Za účelem garance zachování anonymity budou účastníci požádáni o podpis informovaného souhlasu. Probandům bude jako odměna za účast nabídnuta tato bakalářská práce a výsledky výzkumu. Pokud by se podařilo od některé instituce získat grant pro účely tohoto výzkumu, byla by účastníkům nabídnuta také finanční odměna. Rodičům bude po skončení výzkumu nabídnuto, že mohou výzkumníka kontaktovat v případě jakýchkoli dotazů k výzkumu.

## 8. Zpracování dat

Každý rozhovor bude z hlasové nahrávky přepsán do elektronické formy v nezměněné podobě. V druhé fázi dojde k redukci nepodstatných výrazů (slovních vat apod.). Poté bude následovat samotná analýza dat. Demografické otázky budou zpracovány skrze deskriptivní statistiku. Ostatní data budou zpracována kvalitativní analýzou, která bude zahrnovat otevřené kódování dat. V rámci otevřeného kódování dochází k identifikaci významových jednotek a následně k jejich kategorizaci. Cílem otevřeného kódování je tedy rozlišení pojmů a vytvoření základních kategorií (Miovský, 2006). Do této analýzy budou zakomponovány i záznamy z pozorování. Data budou prezentována ve formě tabulek. Tabulky budou obsahovat jednotlivé kategorie, ve kterých budou vypsány četnosti jednotlivých odpovědí, které budou seřazeny od nejčastějších po ty nejméně časté. K tomu budou případně doplněny komentáře rodičů. Jednotlivé kategorie budou interpretovány a diskutovány. Jako výstup bude mimo jiné zpracována jedna podrobná ilustrativní kazuistika. V závěru může dojít k vytvoření hypotézy/hypotéz pro další výzkum.

## 9. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor budou tvořit rodiče dětí s OCD. Bude se jednat vždy o jednoho z rodičů, buď o otce anebo o matku. Zvolila jsem tak proto, že pravděpodobnost účasti obou rodičů ve výzkumu by byla, dle mého názoru, nízká. Vybraní jedinci by měli splňovat určitá kritéria, která jsou následující:

- Jedinec je rodičem dítěte s OCD
- Věk jeho dítěte s OCD spadá do intervalu 7–15 let
- Jeho dítě má diagnostikovanou OCD
- Jeho dítě s OCD se zúčastnilo alespoň deseti KBT sezení

Věk 7–15 let kopíruje věkové rozhraní dětí, kterým jsem se v této práci primárně zabývala. Důvody volby daného věkového intervalu jsou uvedeny v úvodu bakalářské práce.

V zahraničí lze dohledat centra, která se specializují přímo na problematiku OCD u dětí. Jedná se například o „Children's and Adult Center for OCD & Anxiety“ ve Filadelfii nebo o „The Children's Centre for Anxiety and OCD“ na Floridě. To umožňuje výzkumníkům snáz vyhledat probandy a zrealizovat výzkum v oblasti OCD u dětí. V České republice se žádné podobné instituce nenacházejí. To může být jedním z důvodů, proč jsem nedohledala ani jediný v ČR zrealizovaný výzkum na dětech s OCD či jejich rodičích.

Za účelem získání respondentů pro mnou navrhovaný výzkum budou osloveni KB terapeuti věnující se dětské populaci, dětské psychiatrii a dětské klinické psychologii z různých míst České republiky. Budou požádáni, aby nabídli účast v tomto výzkumu svým klientům, kteří by splňovali výše zmíněná kritéria. Vzhledem k tomu, že počet dětí s OCD není v ČR pravděpodobně příliš vysoký, získání dostatečného počtu respondentů bude, dle mého odhadu, časově náročné. Předpokládaný výzkumný soubor bude tvořit 10 rodičů. Tento počet je, dle mého názoru, dostatečný.

Pokud by se z nejrůznějších důvodů dlouho nedařilo získat dostatečné množství respondentů, byla by využita internetová inzerce. Například v rámci skupin na Facebooku, kde se sdružují dospělí lidé s OCD a rodiče dětí s OCD. První i druhý způsob lze označit za nepravděpodobnostní metodu výběru výzkumného souboru.

## 10. Diskuse

Hlavním předpokládaným limitem mnou navrženého výzkumu je možný problém s nalezením dostatečného množství kritéria splňujících respondentů. Také předpokládám problém v nalezení odborníků, kteří by byli ochotni nabídnout účast ve výzkumu svým klientům. Lze jen stěží odhadnout, jak moc budou ochotni odborníci pomoci, stejně tak lze stěží odhadnout ochotu oslovených potenciálních respondentů participovat ve výzkumu. Důsledkem toho může být časová náročnost nasbírání dostatečného množství dat. Časově náročné bude také zpracování získaných dat, což je obecnou nevýhodou, kterou s sebou nese kvalitativní přístup. Je pravděpodobné, že výzkumník bude absolvovat cestu do místa bydliště rodičů, tudíž předpokládám finanční výdaje za cestu, které by však neměly dosáhnout příliš vysokých čísel. Výzkum může být ovlivněn také komorbiditami. Dalším omezením je, že data by byla získávána pouze od rodiče, případně rodičů. Dítě by mohlo poskytnout další užitečné informace jak o průběhu onemocnění, tak o průběhu psychoterapie. Jeho názor by se mohl odlišovat od názoru rodičů. Jiný pohled by mohl poskytnout také KB terapeut, který s danou rodinou spolupracoval. Rušivým faktorem, který může do výzkumu vstoupit, je cílené zkreslování odpovědí rodiči, dále zkreslení vlivem nepřesných vzpomínek, nepochopení otázky, neochota rodičů sdělit některé informace, vliv očekávání. Výzkum mohou dále ovlivnit situační faktory, motivace účastníků, aktuální fyzický a duševní stav respondenta atd. Průběh rozhovoru je časově náročný, což může zapříčinit snižování energie a pozornosti účastníka. Možností je rozložit rozhovor do dvou setkání, což by však mohlo zkomplikovat průběh výzkumu, například ztrátu respondentů. Vliv může mít také subjektivita a osobnost výzkumníka. Nežádoucí proměnné však mohou vstoupit téměř do každého typu výzkumu a je tedy nutné brát je v potaz vždy. Vzhledem k tomu, že jsem na podobné téma nedohledala existující výzkumy, nevýhodou je také absence možnosti brát v potaz nedostatky výzkumů minulých. I přes všechna výše zmíněná omezení, která by tento výzkum mohl obnášet, se domnívám, že by jeho realizace byla velmi přínosná a poskytla by základ pro další výzkum v dané oblasti.

Za předpokládaný přínos výzkumu považuji získání informací o dané problematice, jež by mohly přinést užitek jak rodičům dětí s OCD, tak odborníkům, kteří se dané problematice věnují. Výzkum by mohl poskytnout vhled do života rodin, kterých se zkoumaná problematika týká, a tak rozšířit teoretické poznatky o poznatky z praxe. Informace získané v rámci výzkumu by také mohly vypovědět o systému terapeutické péče o děti s OCD v ČR. Bylo by zjištěno, jak KBT v reflexi rodičů probíhá a zda je v souladu s doporučenými

postupy obsaženými v odborné literatuře. Díky výzkumu by mohlo být zjištěno, zda KBT pomohla k zmírnění symptomů OCD u dítěte. Také by mohl odhalit možné nedostatky, které systém péče o děti s OCD v ČR obnáší, a dále poukázat na problémy, se kterými se rodiče setkávali. Analýza získaných dat by mohla poukázat na určité podobnosti mezi respondenty a tím se stát podkladem pro hypotézy kvantitativního výzkumu. Výzkum a celá tato práce by mohly podnítit rozšíření zájmu o danou problematiku, podpořit výzkumnou činnost v dané oblasti a tvorbu nových či alespoň přeložených publikací a materiálů pro rodiče i děti. Vzhledem k tomu, že jsem nedohledala ani jednu studii, která by se přímo tímto tématem zabývala, považuji tento výzkum za přínosný už jen z podstaty jeho tématu.

Co se týče doporučení pro budoucí výzkum, jak jsem již výše zmínila, v případě vzniku hypotéz po kvalitativní analýze dat by mohlo být toto konkrétní téma dále rozpracováno formou kvantitativního výzkumu. Dále by k hlubšímu vhledu do dané problematiky a k získání dalších informací mohly přispět kvalitativní výzkumy, které by se na KBT v léčbě dětí s OCD zaměřily z pohledu psychoterapeutů a z pohledu dětí.

## **Závěr**

Tato bakalářská práce je zaměřena na KBT v léčbě dětí s OCD a na jejich rodiče jakožto nezbytnou součást léčebného procesu. Farmakoterapie a KBT jsou dvě léčebné strategie, které se v běžné praxi u dětí s OCD používají nejčastěji. Dle výsledků výzkumů zabývajících se účinností obou léčebných metod, se KBT, případně kombinace KBT a farmakoterapie, jeví jako účinnější než samostatná farmakoterapie.

Ačkoli je spolupráce mezi konkrétním psychoterapeutem a konkrétním dítětem a jeho rodiči vždy specifická, existují obecné doporučované postupy, kterých se může KB terapeut držet vždy. V této bakalářské práci jsou daná obecná doporučení týkající se průběhu KBT s dětmi s OCD shrnuta, včetně dalších informací, které se k tématu relevantně vztahují. V práci je dále zdůrazňována podstatná role rodičů dětí s OCD v rámci léčebného procesu. Rodiče díky spolupráci s psychoterapeutem a uzpůsobení domácího prostředí potřebám dítěte mohou významně přispět k efektivitě KBT. V práci je mimo jiné věnován prostor moderním aplikacím, které by v budoucnu mohly přispět k efektivitě léčby dětí s OCD a také materiálům a jiným možnostem, jež mohou sloužit dětem s OCD, jejich rodičům a odborníkům jako zdroj informací či podpory.

Návrh výzkumu se zabývá problematikou KBT u dětí s OCD z pohledu jejich rodičů se zaměřením na průběh a efekt KBT. Vzhledem k nedostatečnému množství výzkumů na dané téma se zaměřuje i na rodinu dítěte, charakter jeho OCD a okolnosti léčby, aby mohly být zachyceny širší souvislosti a tedy aby bylo možno vytvořit více hypotéz, které by mohly být v budoucím kvantitativním výzkumu ověřovány. Realizace výzkumu by mohla reflektovat systém současné péče o děti s OCD v ČR, především KBT péče, a tudíž by následně mohlo dojít k porovnání toho, zda reálná podoba KBT odpovídá teoretickým poznatkům. Realizace výzkumu by také umožnila získat vhled do života rodin, ve kterých se dítě s OCD nachází. Umožnila by zjistit, jak rodiče subjektivně hodnotí vliv KBT na OCD u dítěte. Díky výzkumu by mohlo být zjištěno, zda rodiče mají povědomí o tom, jak mohou přispět k efektivitě psychoterapeutického procesu. Dále by mohl poukázat na nedostatky v oblasti péče o rodiny s dětmi s OCD a stát se podnětným pro zvýšení zájmu odborníků o danou problematiku.

## Seznam použité literatury

- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). The Effectiveness of Treatment for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*, 36(1), 55–63. doi:10.1016/s0005-7894(05)80054-1
- Afzal, U. (2018). *Mindfulness for children: help your child to be calm and content, from breakfast till bedtime*. London: Kyle Books.
- American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Aspvall, K., Lenhard, F., Selachius, E., & Mataix-Cols, D. (2019). New technologies to deliver CBT for young children with obsessive-compulsive disorder. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (pp. 348–364). Cambridge: Cambridge University Press.
- Banting, R., & Lloyd, S. (2017). A case study integrating CBT with narrative therapy externalizing techniques with a child with OCD: How to flush away the Silly Gremlin. A single-case experimental design. *Journal Of Child And Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(2), 80–89. doi:10.1111/jcap.12173
- Beig, I., Döpfner, M., Goletz, H., Plück, J., Dachs, L., Kinnen, C., & Walter, D. (2017). Alltagswirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Zwangsstörungen in einer Ausbildungsambulanz. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45, 219–235. doi:10.1024/1422-4917/a000416
- Bergman, R. L., & Rozenman, M. (2019). New wave therapies for pediatric OCD. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (pp. 506–521). Cambridge: Cambridge University Press.
- Caporino, N. E., & Storch, E. A. (2016). Personalizing the Treatment of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Evidence for Predictors and Moderators of Treatment Outcomes. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 3(1), 73–85. doi:10.1007/s40473-016-0066-5
- Esnafoğlu, E., & Yaman, E. (2017). Vitamin B12, folic acid, homocysteine and vitamin D levels in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 254, 232–237. doi:10.1016/j.psychres.2017.04.032
- Farrell, L. J., Schlup, B., & Boschen, M. J. (2010). Cognitive-behavioral treatment of childhood obsessive-compulsive disorder in community-based clinical practice: clinical significance and benchmarking against efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 409–417. doi:10.1016/j.brat.2010.01.004
- Fitzgibbons, L., & Pedrick, Ch. (2003). *Helping your child with OCD*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Franklin, M. E., Freeman, J. B., & March, J. S. (2019). *Treating OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press.



Franklin, M. E., Katz, J. A., Riemann, B. C., & Budzyn, S. (2019). Pediatric OCD: Dissemination and implementation. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (pp. 489–505). Cambridge: Cambridge University Press.

Fritscher, L. (2019, September 19). *The Stop! Technique and Controlling Obsessive Thoughts*. Retrieved from: <https://www.verywellmind.com/stop-technique-2671653>

Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. B. (2010). Predictors and Moderators of Treatment Outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1024–1033. doi:10.1016/j.jaac.2010.06.013

Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., & Coffey, B. (1998). Is Juvenile Obsessive-Compulsive Disorder a Developmental Subtype of the Disorder? A Review of the Pediatric Literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(4), 420–427. doi:10.1097/00004583-199804000-00020

Goodwin, R., Koenen, K. C., Hellman, F., Guardino, M., & Struening, E. (2002). Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(2), 143–149. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.01221.x

Greenberg, E., & Geller, D. (2019). Phenomenology and standard care of OCD in children and adolescents. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (pp. 289–312). Cambridge: Cambridge University Press.

Hershfield, J., & Nicely, S. (2017). *Everyday Mindfulness for OCD: Tips, Tricks & Skills for Living Joyfully*. Oakland: New Harbinger Publications.

Hezel, D. M., & Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian J Psychiatry*, 61(7), 85–92. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_516\_18

Hofmann, S. G., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Smits, J. A. (2014). D-Cycloserine Augmentation of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: an Update. *Current Psychiatry Reports*, 17(1). doi:10.1007/s11920-014-0532-2

Hudak, R. (2011). Introduction to obsessive-compulsive disorder. In R. Hudak & D. D. Dougherty (Eds.), *Clinical Obsessive-Compulsive Disorders in Adults and Children* (pp. 1–19). Cambridge: Cambridge University Press.

Chansky, T. E. (2000). *Freeing your child from obsessive-compulsive disorder*. New York: Three Rivers Press.

Ivarsson, T., & Weidle, B. (2019). Treatments for obsessive-compulsive disorder and comorbid disorders. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (pp. 444–466). Cambridge: Cambridge University Press.

Jirků, L. (2018). *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících: příručka pro terapeuty, psychology i rodiče: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta.

Kocourková, J. (2000). Specifika rozhovoru s dítěte, adolescentem a rodinou. In M. Hrdlička, J. Kocourková, & E. Malá (Eds.), *Dětská a adolescentní psychiatrie* (pp. 228–234). Praha: Portál.

Kocourková, J. (2006). Obsedantně-kompulzivní porucha. In P. Říčan, & D. Krejčířová, (Eds.), *Dětská klinická psychologie* (pp. 230–233). Praha: Grada.

Kohn, R.E., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82 (11), 858–66.

Krebs, G., & Turner, C. (2019). Self-help treatments for childhood obsessive-compulsive disorder including bibliotherapy. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (pp. 332–347). Cambridge: Cambridge University Press.

Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(2), 229–238. doi:10.1586/ern.11.200

Lewin, A. B. (2019). Evidence-based assessment of child obsessive-compulsive disorder (OCD). In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (pp. 313–331). Cambridge: Cambridge University Press.

Lewin, A. B., McGuire, J. F., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Editorial Perspective: The importance of considering parent's preferences when planning treatment for their children - the case of childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(12), 1314–1316. doi:10.1111/jcpp.12344

Lewin, A. B., Peris, T. S., Bergman, R. L., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2011). The role of treatment expectancy in youth receiving exposure-based CBT for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 536–543. doi:10.1016/j.brat.2011.06.001

Macerollo, A., & Martino, D. (2013). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS): An evolving concept. *Tremor and Other Hyperkinetic Movements*, 3, 1–13. doi:10.7916/D8ZC81M1

Malá, E. (2000). Obsedantně-kompulzivní porucha. In V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, & E. Malá (Eds.), *Dětská a adolescentní psychiatrie* (228–234). Praha: Portál.

Malá, E., Růžicka, E., & Šoltésová, D. (2002). Obsedantně kompulzivní porucha v dětství a adolescenci. *Česká a slovenská psychiatrie*, 98(1), 15–23.

March, J. S., Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*. New York: The Guilford Press

McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and Anxiety*, 32(8), 580–593. doi:10.1002/da.22389

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Moritz, E. K., & Hoffman, J. (2012, July 16). *Exposure & response prevention (ERP): Treating children with OCD*. Retrieved from: <https://www.nbiweston.com/blog/2012/july/exposure-response-prevention-erp-treating-childr/>

Nock, M. K., Phil, M., & Kazdin, A. E. (2001). Parent Expectancies for Child Therapy: Assessment and Relation to Participation in Treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10(2), 155–180. doi:10.1023/a:1016699424731

Öst, L.-G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., & Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 58–69. doi:10.1016/j.janxdis.2016.08.003

Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 255–263. doi:10.1037/a0027084

Praško, J., & Možný, P. (2010). Kognitivně behaviorální terapie. In Z. Vybíral & J. Roubal (Eds.), *Současná psychoterapie* (pp. 195–234). Praha: Portál.

Praško, J., & Prašková, H. (2007). KBT obsedantně kompulzivní poruchy. In J. Praško, P. Možný, & M. Šlepecký (Eds.), *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. (pp. 502–645). Praha: TRITON.

Praško, J., & Prašková, H. (2008). *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén.

Praško, J., Pašková, B., Prašková, H., Šlepecký, M., & Záleský, R. (2003). Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit. Praha: Portál.

Puliafico, A. C., Robin, J. A., & Albano, A. M. (2017). *The OCD workbook for kids: skills to help children manage obsessive thoughts & compulsive behaviors*. Oakland: New Harbinger Publications

Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving Family Members in the Treatment of OCD. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 164–175. doi:10.1080/16506070510043732

Robertson, N., Polonsky, M., & McQuilken, L. (2014). Are my symptoms serious Dr Google? *A resource-based typology of value co-destruction in online self-diagnosis. Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 22(3), 246–256. doi:10.1016/j.ausmj.2014.08.009

Ronenová, T. (2000). *Psychologická pomoc dětem v nesnázích: Kognitivně-behaviorální přístupy při práci s dětmi*. Praha: Portál.

Sapyta, J. J., & Cowperthwait, C. M. (2019). Enhanced family approaches in childhood OCD. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (pp. 428–443). Cambridge: Cambridge University Press.

Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., ... Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and Validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844–852. doi:10.1097/00004583-199706000-00023

Schneider, S. C., & Storch, E. A. (2019). Pharmacologic-augmented treatments. In L. J. Farrell, T. H. Ollendick, & P. Muris (Eds.), *Innovations in CBT for childhood anxiety, OCD, and PTSD* (pp. 407–427). Cambridge: Cambridge University Press.

Sigra, S., Hesselmark, E., & Bejerot, S. (2018). Treatment of PANDAS and PANS: a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 86, 51–65. doi:10.1016/j.neubiorev.2018.01.001

Stewart, S. E., Hu, Y.-P., Hezel, D. M., Proujansky, R., Lamstein, A., Walsh, C., ... Pauls, D. L. (2011). Development and psychometric properties of the OCD Family Functioning (OFF) Scale. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 434–443. doi:10.1037/a0023735

Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., ... Grabill, K. (2007). Family Accommodation in Pediatric Obsessive–Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(2), 207–216. doi:10.1080/15374410701277929

Storch, E. A., McGuire, J. F., Wu, M. S., Hamblin, R., McIngvale, E., Cepeda, S. L., ... Goodman, W. K. (2018). Development and Psychometric Evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1) 92–98. doi:10.1016/j.jaac.2018.05.029

Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Marien, W. E., Geffken, G. R., Jacob, M. L., ... Murphy, T. K. (2008). Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 35–42. doi:10.1016/j.comppsy.2007.06.009

Storch, E. A., Park, J. M., Lewin, A. B., Morgan, J. R., Jones, A. M., & Murphy, T. K. (2011). The Leyton Obsessional Inventory-Child Version Survey Form does not demonstrate adequate psychometric properties in American youth with pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 574–578. doi:10.1016/j.janxdis.2011.01.005

Svoboda, M., Humpolíček, P., & Šnorek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Šlepecký, M. (2007). KBT u dětí. In J. Praško, P. Možný, M. Šlepecký (Eds.), *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. (pp. 502–645). Praha: TRITON.

The Pediatric OCD Treatment Study Team. (2004). Cognitive-Behavior Therapy, Sertraline, and their Combination for Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 292(16), 1969–1976. doi:10.1001/jama.292.16.1969

Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., Valderhaug, R., Weidle, B., ... Ivarsson, T. (2015). Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: Acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behaviour Research and Therapy*, 64, 15–23. doi:10.1016/j.brat.2014.11.005

Trapková, L. (2018). Možnost rodinné terapie dětí u obsedantně kompulsivní poruchy. *Psychoterapie*, 12(1), 47–61.

Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum

Vigerland, S., Lenhard, F., Bonnert, M., Lalouni, M., Hedman, E., Ahlen, J., ... Ljótsson, B. (2016). Review: Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 50, 1–10. doi:10.1016/j.cpr.2016.09.005

Vreeland, A., & Peris, T. S. (2018). Involving Family Members of Children With OCD in CBT. In E. A. Storch, J. F. McGuire, & D. McKay (Eds.), *The Clinician's Guide to Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Obsessive-Compulsive Disorder*, (pp. 135–154). Academic Press.

Wagner, A. (2011). Cognitive-behavioral therapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. In R. Hudak & D. Dougherty (Eds.), *Clinical Obsessive-Compulsive Disorders in Adults and Children* (pp. 138-151). Cambridge: Cambridge University Press.

Walter, D., Dachs, L., Farwick zum Hagen, J., Goletz, H., Goertz-Dorten, A., Kinnen, C., ... Doepfner, M. (2019). Parent- and Teacher-Rated Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents Under Usual Care Conditions in a University Outpatient Clinic. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(4), 533–545. doi:10.1007/s10578-018-0860-2

Whiteside, S. P. H., Ale, C. M., Vickers Douglas, K., Tiede, M. S., & Dammann, J. E. (2013). Case Examples of Enhancing Pediatric OCD Treatment With a Smartphone Application. *Clinical Case Studies*, 13(1), 80–94. doi:10.1177/1534650113504822

World Health Organization. (2015). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Fifth edition, 2016*. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208>

Wu, M. S., Caporino, N. E., Peris, T. S., Pérez, J., Thamrin, H., Albano, A. M., ... Piacentini, J. (2019). The Impact of Treatment Expectations on Exposure Process and Treatment Outcome in Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(1), 79–89. doi:10.1007/s10802-019-00574-x

Wu, M. S., McGuire, J. F., Martino, C., Phares, V., Selles, R. R., & Storch, E. A. (2016). A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clinical Psychology Review*, 45, 34–44. doi:10.1016/j.cpr.2016.03.003

## **Seznam tabulek**

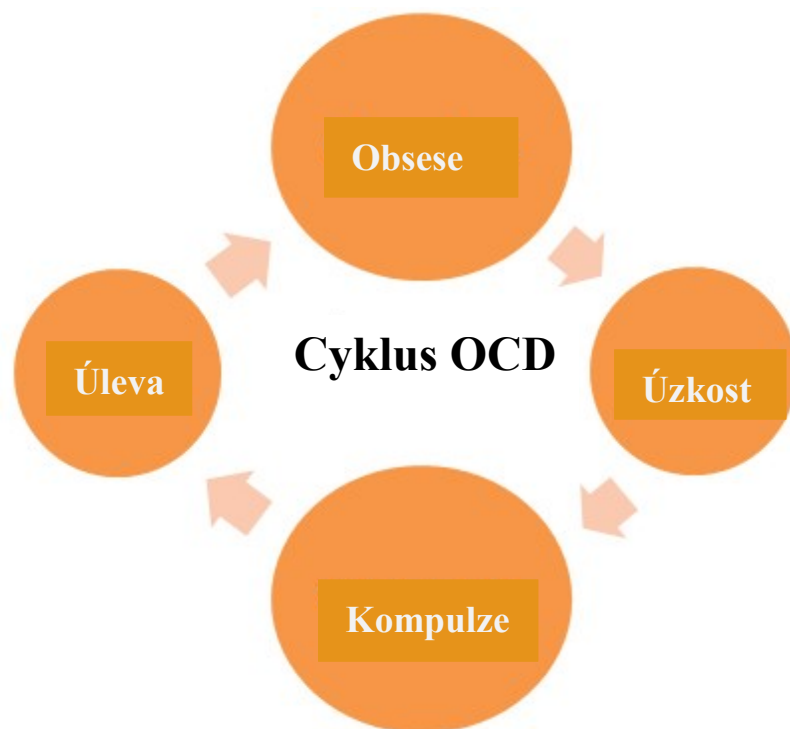
Tabulka 1: Diagnostická kritéria.....	13
Tabulka 2: Náplň sezení.....	19
Tabulka 3: Časový harmonogram.....	19

## Seznam zkratek

ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
APA	American Psychological Association
CNS	Centrální nervová soustava
CY-BOCS	Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale
DCS	D-cykloserin
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ERP	Exposure and response prevention
FA	Family accommodation
ICBT	Internet-delivered cognitive-behavioral therapy
KB	Kognitivně-behaviorální
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
OCD	Obsessive-compulsive disorder
PANDAS	Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections
PAS	Poruchy autistického spektra
PTSD	Posttraumatic stress disorder
SSRI	Selective serotonin reuptake inhibitors



## **Příloha 1 – Cyklus OCD**



Retrieved from: <https://clickhowto.com/how-to-deal-with-ocd/>

## Příloha 2 – Ukázka z pracovního sešitu pro děti

### Regular Thoughts Vs. Sticky Thoughts

### Activity 2

#### *For You to Do*

It can sometimes be difficult to figure out the difference between regular thoughts and sticky thoughts. It helps to practice.

A list of thoughts follows. Put an *R* next to thoughts that you think are *regular thoughts* and an *S* next to thoughts that may be *sticky thoughts*.

<i>Thoughts</i>	<i>Regular (R) or Sticky (S)</i>
Kyle wonders what he is having for dinner tonight and then completes his homework.	
Bella thinks, <i>There might be a fire in my house</i> , during class, and has trouble focusing on what her teacher is saying.	
Chris worries, <i>I might get sick if I touch doorknobs</i> , so he avoids opening doors on his own.	
Beth hopes she gets to hang out with her friends tonight.	
Maggie imagines hurting her dog, even though she loves him and wouldn't want anything bad to happen to him.	

Answer Key: R, S, S, R, S

Check over your answers using the answer key and see how you did. Great job!  
Now you know the difference between sticky thoughts and regular thoughts!

## Příloha 3 – Záznamový arch

Observing OCD Behavior							
Date:							
Stimulus/ Activity	Rituals (Indicate whether by child or family member.)	Approximate repetitions		Approximate time		OC logic to ritual (What the bully is saying—Indicate whether known from child or your hunch.)	Observed distress (1–10)
		Per episode	Per day	Per episode	Per day		
Observed avoidance (Indicate who must do it, child or family member.)							
Stimulus/ Activity	Avoidance behavior						
Excessive substance usage (e.g., shampoo, toilet paper, food)						Reason for excessive consumption	

Chart 8a